imperfect 400 cases

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Меди...

№ 27.

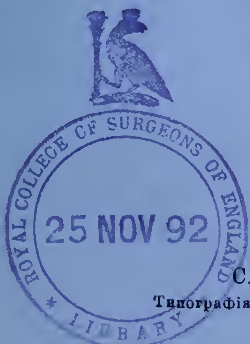
ВЫСОКОЕ КАМНЕСѢЧЕНІЕ.

Матеріалъ для оцѣнки надлобковаго камнесѣченія въ Россіи.

Диссертація
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Николая Соломки.

Цензорами, по порученію Конференціи, были: профессоры И. И. Насиловъ, Е. В. Павловъ и прозекторъ Э. Г. Салищевъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Д-та Удѣловъ, Моховая, № 36.
1889.

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1888—89 учебномъ году.

№ 27.

ВЫСОКОЕ КАМНЕСѢЧЕНІЕ.

Матеріалъ для оцѣнки надлобковаго камнесѣченія въ Россіи.

Диссертація
на степень доктора медицины
Николая Соломки.

Цензорами, по порученію Конференціи, были: профессоры И. И. Насиловъ, Е. В. Павловъ и прозекторъ Э. Г. Салищевъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Д-та Удѣловъ, Моховая, № 36.
1889.

Докторскую диссертацію лекаря **Н. Соломки**, подъ заглавіемъ: «Высокое камнесѣченіе. Матеріалъ для оцѣнки надлобковаго камнесѣченія въ Россіи», печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ. Января 21 дня 1889 г.

Ученый Секретарь **В.** Пашутинъ

Первому и второму

Съѣздамъ Русскихъ Врачей

въ память

НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПИРОГОВА,

признавшимъ важность разработки матеріала по вопросу о различныхъ способахъ камнесѣченія въ нашемъ отечествѣ,

посвящаетъ свой трудъ

Авторъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что вопросъ о наилучшемъ методѣ камнесѣченія никогда не переставалъ и не перестанетъ интересовать хирурговъ. Литература и казуистическій матеріалъ камнесѣченій — громадны, но тѣмъ не менѣе вопросъ о преимуществѣ того или другаго метода литотоміи долженъ считаться рѣшеннымъ невполнѣ, а потому онъ до самыхъ послѣднихъ дней служитъ предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій.

Если не такъ давно вопросъ о камнесѣченіи казался вполнѣ и безповоротно рѣшеннымъ въ пользу боковой литотоміи, то съ появленіемъ и усовершенствованіемъ литотритіи, срединной литотоміи и, наконецъ, съ неожиданнымъ, громаднымъ успѣхомъ высокаго камнесѣченія, онъ снова сталъ однимъ изъ самыхъ жгучихъ въ нашей наукѣ. Талантливѣйшіе и опытнѣйшіе представители хирургіи раздѣлились на нѣсколько почти враждебныхъ лагерей; каждый изъ нихъ доказываетъ преимущества своего излюбленнаго метода передъ недостатками всѣхъ остальныхъ. Разобраться въ спорѣ — не легко, тѣмъ болѣе, что каждая изъ школъ подкрѣпляетъ свои доводы большимъ или меньшимъ числомъ наблюденій, говорящихъ въ пользу того или другаго метода.

Какимъ же путемъ лучше всего можетъ быть рѣшенъ спорный вопросъ?

Наиболѣе вѣрные выводы и цѣнныя заключенія можетъ въ этомъ случаѣ намъ дать только одинъ статистическій методъ изслѣдованія; сводъ сотень операцій по тому или другому методу, безпристрастный разборъ каждаго отдѣльнаго, хорошо извѣстнаго, случая, даетъ намъ право дѣлать выводы, цѣнность которыхъ—очевидна. Самыя блестящія теоретическія разсужденія нерѣдко рушатся передъ вѣскими, неопровержимыми цыфровыми данными.

Все это хорошо было сознано хирургами и среди массы работъ по вопросу о камнесѣченіи, съ которыми связаны имена такихъ людей, какъ *Nélaton, Guyon, Thompson, Dolbeau, Günther, Volkmann, Dittel, Antal, Rydygier, Bergmann, Petersen, Bouley, Langenbuch, Koenig* и весьма много др., мы встрѣчаемъ не мало работъ, гдѣ многіе цѣнные выводы и заключенія сдѣлались достояніемъ науки, исключительно благодаря статистическому методу изслѣдованія.

И наша отечественная литература по тому же вопросу, бѣднѣе иностранной числомъ, но далеко не бѣднѣе по своему содержанію, насчитываетъ не мало работъ, полныхъ интереса и значенія, въ основу которыхъ положенъ тотъ-же статистическій методъ изслѣдованія. Труды: *Савенко, Басова, Клина, Пеликана, Богдановскаго, Синицина, Кузьмина, Склифосовскаго, Шмитца, Розенталя, Ассендельфта, Введенскаго, Салищева, Надеждина, Яковлева* и многихъ др., всегда будутъ извѣстны тѣмъ, кому дороги успѣхи русской хирургіи.

Будучи горячо убѣждены въ томъ, что многіе вопросы хирургіи могутъ быть достаточно хорошо рѣшены только путемъ статистическаго метода изслѣдованія, мы рѣшились въ настоящемъ трудѣ представить, по возможности, полную разработку матеріала, накопившагося въ нашемъ отечествѣ относительно высокаго камнесѣченія, операціи, имѣющей жгучій интересъ,

не мало враговъ и защитниковъ. Слѣдовательно, мы взяли на себя трудъ выполнить часть той работы, важность которой была признана на 1 и 2 Съѣздахъ Русскихъ Врачей въ память Николая Ивановича Пирогова.

Въ иностранной литературѣ давно уже извѣстны работы о высокомъ камнесѣченіи: *Günther* собралъ операціи съ 1560 по 1851, *Dulles*—съ 1560 по 1875, *Flury*—съ 1851 по 1878, *Garcin* и *Tuffier*—съ 1879 по 1883 гг. Въ нашей литературѣ извѣстны работы: *Родзевича, Веревкина, Шмитца, Березкина, Ассендельфта.*

Первыя изъ указанныхъ работъ въ настоящее время не имѣютъ для насъ особеннаго значенія, такъ какъ обнимаютъ собой матеріалъ: или исключительно доантисептическаго періода операціи, или-же въ нихъ не разграничены случаи одного періода отъ другаго, такъ что выводы *Günther'a, Dulles, Flury* и др. имѣютъ для насъ лишь историческій интересъ. Работы *Родзевича* представляютъ намъ простой сводъ операцій, опубликованныхъ въ русской литературѣ, безъ всякой критической оцѣнки и безъ разграниченія случаевъ доантисептическаго отъ антисептическаго періода операціи; остальные — отчеты о дѣятельности того или другаго хирурга.

Такимъ образомъ, весьма большой казуистическій матеріалъ, разбросанный по различнымъ медицинскимъ изданіямъ, часто подробно и интересно изложенный, остается безъ должной оцѣнки, т. сказать, пропадаетъ для дѣла; тогда какъ собранный въ одно цѣлое, критически обработанный, онъ пріобрѣтаетъ огромное значеніе.

Въ силу только что сказаннаго, нашъ трудъ дѣлится на три главныя части: первую, въ которой приведенъ обзоръ напечатаннаго у насъ о высокомъ камнесѣченіи, вторую, содержащую таблицы операцій

доантисептическаго и антисептическаго періодовъ и третью, въ которой приведена критическая оцѣнка собраннаго матеріала; въ этой послѣдней части мы подробнѣе остановились на способахъ ухода за раной пузыря, а также на исходахъ операціи. Въ заключеніе, мы сопоставили результаты своего изслѣдованія съ результатами, полученными для боковаго и срединнаго камнесѣченій, что дало намъ возможность сдѣлать нѣсколько выводовъ.

2-го Декабря 1888 г.

С.-Петербургъ.

Во 1-хъ, позвольте сказать, что это очень простая операція и легкая по производству, гораздо легче боковаго камнесѣченія...

Я никогда не употреблялъ ни одного шва на пузырь, и имѣетъ-ли онъ какую-либо заслугу или нѣтъ, остается вопросомъ"...

H. Thompson. Надлобковая операція. 1886.

I.

Началомъ разработки вопроса о высокомъ камнесѣченіи въ Россіи должно считать средину 70-хъ гг. настоящаго столѣтія. До этого времени русской литературы по интересующему насъ предмету почти не существуетъ. Съ 1875 г. она мало по малу разростается, такъ что въ наши дни мы уже имѣемъ объ эпицистотоміи значительное число отчетовъ, сообщеній и разсужденій отечественныхъ хирурговъ.

Какъ видно, операція *P. Franco*, впервые выполненная имъ случайно, безъ заранѣе обдуманнаго плана, исключительно ради того, чтобы родители оперированнаго не сказали, что хирургъ не могъ извлечь камень „joint aussi que je ne vouloye pas qu'il me fust reproché de ne l'avoir seu tirer — qui estait à moi grande folie — je délibérai avec l'importunitè du père, mère et amis, de copper le dit enfant par dessus l'os pubis", не пользовалась расположеніемъ въ нашемъ отечествѣ и о ней наши предшественники имѣли вполнѣ сложившееся мнѣніе, не допускавшее ни разработки, ни широкаго примѣненія операціи.

Если иностранная литература эпицистотоміи велика, если съ 1560 г. и по наши дни sectio alta служила заграницей предметомъ экспериментальныхъ изслѣдованій, казуистическихъ сообщеній и статистическихъ работъ, то русскіе хирурги до 1875 г. ничего не сдѣлали для этой операціи. Для нихъ вопросъ о высокомъ камнесѣченіи былъ вполнѣ рѣшенъ,

показанія къ ея примѣненію были строго выработаны, а такъ какъ эти показанія касались случаевъ исключительныхъ, то и примѣненіе эпицистотоміи составляло явленіе вполнѣ необычайное.

Къ такому заключенію придетъ всякій, кто дастъ себѣ трудъ познакомиться съ русской литературой по вопросу о каменной болѣзни.

Была ли извѣстна эпицистотомія въ нашемъ отечествѣ въ XVI, XVII столѣтіяхъ? Отвѣтить съ положительностью— невозможно, такъ какъ для этого мы не имѣемъ никакихъ указаній. Однако, намъ кажется немыслимымъ, чтобы операція, надѣлавшая въ то время не мало шуму заграницей, не была извѣстна и у насъ, столь богатыхъ случаями каменной болѣзни и имѣвшихъ своихъ литотомистовъ; не можетъ быть, чтобы первые русскіе литотомисты не знали ничего объ этомъ видѣ камнесѣченія, тѣмъ болѣе, что это были все люди пришлые къ намъ изъ иностранныхъ земель [1]).

Въ XVIII столѣтіи мы уже имѣемъ точное указаніе на то, что эпицистотомія не только была извѣстна, но и преподавалась въ нашихъ медицинскихъ школахъ. Такъ, въ крайне интересныхъ очеркахъ русскихъ медицинскихъ учрежденій того вѣка *Чистовича*, въ статьѣ о конкурсѣ на должность оператора при Московской Госпитальной Школѣ видно, что въ 1795 г. на этомъ конкурсѣ одному изъ конкурентовъ, прозектору *Успенскому*, было задано сдѣлать на живомъ ампутацію голени, а на трупѣ — нѣсколько литотомій, въ томъ числѣ и высокую. Послѣ конкурса проф. *Гильтебрандтъ* и *Пеккенъ*, интриговавшіе противъ *Успенскаго*, дали такой отзывъ: „О писателяхъ и ученыхъ сочиненіяхъ, до сего предмета касающихся, говорилъ онъ весьма мало и весьма кратко, не различая Фрера Жака отъ Фрера Кома, сею операціею прославившагося. *При секціи альты ничего о ея изобрѣтателѣ и о случаѣ ея дѣлать не объявилъ; также не упомянулъ, что пузырь въ сей операціи наполненъ быть долженъ и о другихъ многихъ предметахъ, касающихся до правильнаго, искуснаго и благоуспѣшнаго извлеченія камня ни мало прозекторомъ Успенскимъ упомянуто не было*" (стр. 409).

Изъ этого ясно, что въ то время эпицистотомія была хорошо извѣстна русскимъ профессорамъ; они были знакомы съ работой *Rousset*, съ случаями *Cheselden'а, Frère Côme*. Очевидно, операція входила въ программу преподавателей хирургіи и для нее были выработаны показанія. Разъ это такъ, то не подлежитъ сомнѣнію, что высокое камнесѣченіе примѣня-

лось и на практикѣ; такіе хирурги, какъ *Галладей Ульямъ*, въ гор. Рыльскѣ, Курскаго намѣстничества, особенно же *И. П. Венедиктовъ* [2]), сдѣлавшій въ теченіи 36 л. болѣе 4000 литотомій, не могли не знать, да навѣрное и оперировали высокимъ разрѣзомъ, но случаи эти до насъ не дошли *).

Впервые мы встрѣчаемъ достовѣрный случай операціи въ 1823 году. Какъ и слѣдовало ожидать, sectio alta была сдѣлана случайно, только потому, что камень не удалось извлечь чрезъ промежностный разрѣзъ. Оперировалъ д-ръ *Грумъ-Гржимайло* [3]) въ Бѣлорусско-Могилевскомъ госпиталѣ солдата 32 хъ лѣтъ. Попытки удалить камень остались безъ успѣха, такъ какъ онъ не только былъ очень великъ, но кромѣ того „обхваченъ былъ отолстѣвшимъ мочевымъ пузыремъ. По смерти сего больнаго, еще нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи прожившаго безъ страданій, потому что моча свободно выходила черезъ нижній разрѣзъ, я вынулъ камень. Камень вѣсилъ 11 унцій, въ большемъ поперечникѣ былъ съ указательный палецъ взрослаго человѣка, шириною въ $^2/_3$ того же пальца, а толщиною въ $^1/_3$ онаго".

Второй несомнѣнный случай принадлежитъ медико-хирургу *Ушакову* [4]) и относится къ годамъ его хирургической дѣятельности въ с. Алексѣевкѣ, Гжатскаго у., Смоленской губ. (1816—1833). Въ какомъ году была произведена операція и съ какимъ успѣхомъ—неизвѣстно.

Третій достовѣрный случай эпицистотоміи принадлежитъ проф. *Китеру;* о немъ упоминаетъ д-ръ *Пеликанъ* [5]) въ своей диссертаціи. Операція относится къ 1844 г.; почему здѣсь былъ выбранъ именно этотъ видъ камнесѣченія—неизвѣстно.

О четвертомъ случаѣ sectionis altae д-ра *Гейфельдера* мы узнаемъ изъ нѣмецкой литературы; операція сдѣлана въ 1856 г. и описана самимъ хирургомъ въ № 29 der deutschen Klinik.

Слѣдующимъ долженъ быть поставленъ случай *И. И. Пирогова* [6]), о которомъ онъ упоминаетъ въ своихъ „Началахъ общей военнополевой хирургіи". Вотъ какъ описываетъ этотъ случай самъ авторъ: „при изслѣдованіи пузыря зондомъ у этого больнаго (70 л. старикъ), я ошибся въ величинѣ камня

---

*) По словамъ *И. Гильтебрандта*, *И. П. Венедиктовъ*. несмотря на грубость оперативныхъ пріемовъ, терялъ не болѣе 4 изъ 100 оперированныхъ. Такого числа операцій и съ такимъ успѣхомъ не сдѣлалъ еще ни одинъ хирургъ въ свѣтѣ. *Гильтебрандтъ* говоритъ, что *Венедиктовъ:* tanto successu perfecit lithotomiam, ut omnem certe exsuperet admirationem.

и счелъ его не такъ большимъ, какимъ онъ былъ въ самомъ дѣлѣ. При операціи оказалось, что это былъ огромный, яйцеобразный уратъ, вѣсомъ въ 8 унцій; несмотря на всѣ усилія, я не могъ его вытащить чрезъ рану въ промежности; кромѣ величины, препятствіе къ извлеченію состояло еще въ томъ, что стѣнки пузыря плотно его обхватывали и разбухлости слизистой, проникая въ неровныя углубленія камня, задерживали его и дѣлали вовсе неподвижнымъ. Я тотчасъ приступилъ къ разрѣзу бѣлой линіи, выше лобковыхъ костей; но и тутъ я бился цѣлыхъ 3/4 часа, пока мнѣ удалось пальцами вылущить и извлечь камень, приподнявъ его пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку. При этихъ усиліяхъ я надорвалъ переднюю складку брюшины" (стр. 10). Несмотря на раненіе брюшины, больной выздоровѣлъ и послѣопераціонный періодъ не прѣдставлялъ ничего особеннаго. Къ какому году относится этотъ случай—неизвѣстно.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ мы не имѣемъ до 1877 г. печатныхъ извѣстій объ эпицистотоміи въ нашемъ отечествѣ. Напротивъ того, какъ случаи только что перечисленные, указывающіе намъ, что sectio alta предпринималась при исключительныхъ условіяхъ, являясь на выручку другому методу камнесѣченія, такъ и все то, что извѣстно у насъ по вопросу о леченіи каменной болѣзни, указываютъ намъ на полное господство боковой литотоміи; лишь какъ рѣдкость попадаются случаи камнедробленія. Sectio lateralis царила и казалось, по крайней мѣрѣ у насъ, что вопросъ о леченіи каменной болѣзни былъ рѣшенъ вполнѣ.

Въ самомъ дѣлѣ, въ 1833 г. мы встрѣчаемъ интересную замѣтку медико-хирурга *Малышева* [7]) относительно предложенія *Civiale'я*. Авторъ указываетъ, что считать этотъ новый методъ лучше практикуемаго боковаго сѣченія „извѣстно у насъ въ каменной болѣзни производится большею частью боковое сѣченіе" — нельзя, такъ какъ тамъ изъ 8 операцій получено только 3 выздоровленія, а онъ изъ 46 оперированныхъ потерялъ только 2-хъ. На это *Грумъ*, какъ мы видѣли тоже хирургъ, очевидно не раздѣляя мнѣнія *Малышева*, отвѣчаетъ ему заключительными словами коммиссіи, дѣлавшей опыты съ камнедробленіемъ въ госпиталѣ Неккеръ: „Методъ *Сивіаля*, уничтожить безъ сѣченія камни въ пузырѣ, равномѣрно приноситъ и славу французской хирургіи и честь изобрѣтателю и утѣшеніе человѣчеству". Заканчиваетъ *Грумъ* свой отвѣтъ *Малышеву* такъ: „у насъ сей способъ врачеванія не можетъ еще быть введенъ въ общее употребленіе. Были и въ Петер-

бургѣ попытки, но онѣ скоро прекратились; почему? изслѣдовать это не наше дѣло“.

Въ 1836 г. проф. *Иноземцевъ* [8]) печатаетъ свою лекцію о камнесѣченіи, читанную имъ въ Академіи Наукъ, и довольно подробно останавливается на эпицистотоміи. Приводя исторію операціи, говоритъ, что она была сперва оставлена, затѣмъ „поправленная“ трудами *Frère Côme* и *Scarpa*, въ настоящее время употребляется съ величайшимъ успѣхомъ во Франціи, гдѣ *Souberbielle* „есть одинъ изъ счастливѣйшихъ операторовъ, производящихъ sectionem altam. Поправка, сдѣланная имъ, состоитъ въ проведеніи въ мочевой каналъ сифона, съ тѣмъ чтобы безпрерывно удалять мочу, накопляющуюся въ мочевомъ пузырѣ“. Имъ же даются показанія и противупоказанія къ операціи. „Высокій аппаратъ исключительно назначается при присутствіи въ мочевомъ пузырѣ весьма большихъ камней, а также во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ различныя болѣзни perinei или окружающихъ частей уничтожаютъ доступъ къ мочевому пузырю черезъ perineum. Противупоказуется же этотъ способъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ органическое разстройство мочеваго пузыря достигло высшей степени и гдѣ можно предвидѣть, что хотя камень и удалится черезъ эту операцію, однакожъ исходъ ея будетъ гибельнымъ для больнаго“. Далѣе авторъ говоритъ о производствѣ операціи, о стрѣловидномъ зондѣ, наливаніи пузыря и послѣдовательномъ леченіи, которое состояло въ примѣненіи катетра á demeure, linteum pro cetaceo „омащеннаго масломъ“ и введеннаго въ рану; къ катетру à demeure можно прибавить сифонъ *Souberbielle'я* для высасыванія мочи.

Въ 1837 г. проф. *Соломонъ* [9]) въ своей работѣ объ операціяхъ при каменной болѣзни, говоритъ о камнесѣченіи и камнедробленіи. „Нынѣ наичаще употребляются: 1) Lithotomia s. Cystotomia lateralis, methodus Iacobea; тамъ же гдѣ камни имѣютъ значительную величину, иногда предпочитается: 2) Cystotomia hypogastrica, или по нѣкоторымъ, 3) Cystotomia rectovesicalis. Къ симъ методамъ *Dupuytren* присоединилъ—4) Cystotomiam transversalem s. bilateralem, о чемъ ниже упомянемъ“.

Что касается анатоміи частей, разрѣзываемыхъ при эпицистотоміи, то проф. находитъ строеніе ихъ довольно простымъ: „вскрывается передняя стѣнка пузыря, не покрытая брюшиною, которая составляетъ складку и отъ передней стѣнки мочеваго пузыря удаляется помощью перстовъ“. Авторъ подробно говоритъ о наливаніи пузыря, стрѣловидномъ зондѣ,

послѣдовательномъ леченіи. Оно состояло въ примѣненіи эластическаго катетра, перемѣняемаго каждые 48 ч., во избѣжаніе затековъ мочи; съ этою же цѣлью оперированному слѣдуетъ давать полусидячее положеніе въ кровати, такъ чтобы шейка пузыря занимало самое низкое мѣсто. Въ нижнюю часть брюшной раны вставлялся банделетъ до самой раны пузыря; наружная рана стягивалась сверху липкимъ пластыремъ, покрывалась корпіею, компрессами и теобразною повязкою. Согласно *Amussat*, можно вводить въ пузырь эластическую трубку и надъ ней стянуть наружную рану.

Показаніе къ операціи—строго опредѣленное: она назначается при весьма большихъ камняхъ, которые не могутъ быть извлечены черезъ боковое камнесѣченіе. Профессоръ заканчиваетъ разборъ эпицистотоміи такъ: „при операціи прокладывается прямая дорога въ полость пузыря и извлеченіе большихъ камней весьма удобно; при ней не ранятся никакіе значительные сосуды. Невыгоды состоятъ въ возможности раненія брюшины, особенно когда пузырь сжатъ, и въ благопріятныхъ условіяхъ для мочевыхъ затековъ“.

Въ томъ же году медико-хирургъ *Малаховъ* [10]) въ краткой запискѣ о числѣ калькулезныхъ въ Москов. Маріинской больницѣ за 30 л., говоритъ, что за послѣдніе 7 л. (1829—1837) въ больницѣ сдѣлано 411 операцій боковаго сѣченія, такъ какъ въ больницѣ „этомъ богоугодномъ заведеніи, пользующимся многолѣтнею общею довѣренностью гражданъ и поселянъ, камнеизвлеченіе, названное литотоміею, производится болѣе 30 лѣтъ заслуженнымъ профессоромъ и академикомъ *Гильтебрандтомъ*. Этотъ способъ, основанный на извѣстномъ способѣ *Равія*, оправдывается и въ настоящее время самымъ блистательнымъ успѣхомъ“.

Черезъ 4 года появляется диссертація *Басова* [11]). Въ предисловіи къ своему труду авторъ прямо указываетъ, что господствующій методъ камнесѣченія—боковой: „methodus Jacobea perinealium unica est, quae spatio plus quam triginta annorum in Nosocomiis Mosquensibus, optimo cum successu, usu invaluit“. Въ 5-й главѣ (de lithotomia), перечисляя различные методы камнесѣченія и дѣленіе этихъ методовъ на классы, только вскользь упоминаетъ о высокомъ камнесѣченіи, причемъ, платя дань вѣку, жестоко отзывается объ операціи: „quare jam dudum ab omnibus refutata est, neque aetate nostra ordini methodarum adnumeranda est.“ Въ концѣ диссертаціи изъ таблицъ боковыхъ литотомій (methodus Jacobea—ope lithotomi obulti peractae) видно, что въ различныхъ лечебныхъ

заведеніяхъ Москвы съ 1807 по 1841 годъ сдѣлано 2893 операціи, причемъ умерло 270, т. е. % смертности около 10. Подробностей объ этихъ операціяхъ нѣтъ; приходится пожалѣть, что авторомъ представлены лишь однѣ голыя цифры. Какой громадный научный интересъ и значеніе представилъ бы этотъ матеріалъ, пройдя черезъ безпристрастную оцѣнку талантливаго хирурга.

Заканчиваетъ авторъ свой трудъ положеніями, между которыми до насъ отчасти касается 19-е, гдѣ онъ категорически высказывается въ пользу боковаго камнесѣченія: Lithotomiae methodum Jacobeam generalem, aliis exceptitias habemus.

Далѣе просматривая списокъ операцій, произведенныхъ проф. *Караваевымъ* [12]) въ 1842, 43 гг., мы видимъ, что онъ примѣнялъ исключительно боковую литотомію; за то же время имъ сдѣлано только одно камнедробленіе.

Въ 1852 г. проф. *Буяльскій* [13]) на стр. 10 своего атласа излагаетъ способъ производства sectionis altae и говоритъ о послѣдовательномъ уходѣ за оперированнымъ; о показаніяхъ къ операціи не упоминаетъ.

Изъ этого краткаго очерка русской литературы по вопросу о камнесѣченіи мы видимъ, что въ то время section altae былъ отведенъ весьма ограниченный кругъ примѣненія; строго выработанныя показанія къ операціи допускали ее выполнять только при большихъ камняхъ, гдѣ нельзя было разсчитывать на удачное окончаніе боковой литотоміи, или же при другихъ какихъ либо исключительныхъ условіяхъ. Напротивъ того, боковое камнесѣченіе было господствующимъ методомъ и только какъ исключеніедѣлалась литотритія. Въ этомъ мы окончательно убѣждаемся если разсмотримъ весьма немногія мелкія замѣтки и казуистическія сообщенія по вопросу о камнесѣченіи, которыя разбросаны въ медицинскихъ изданіяхъ того времени. Всѣ они подтверждаютъ только что сказанное; печатныхъ сообщеній о случаяхъ sectionis altae мы не встрѣчаемъ; однако нѣтъ никакого сомнѣнія, что эта операція, хотя и чрезвычайно рѣдко, все же практиковалась.

По всему видно, что русскіе хирурги вполнѣ остановились на выборѣ оперативнаго метода камнесѣченія и были довольны получаемыми результатами. Прошло много времени, пока стали появляться въ печати заявленія отдѣльныхъ врачей, осмѣлившихся подвергнуть критикѣ излюбленный методъ операціи и заговорить о недостаткахъ его. Первыми, положившими починъ въ этомъ дѣлѣ, должны считаться *Медвѣдевъ* [14]) и *Дуброво* [15]).

Въ интересной работѣ *Медвѣдевъ* сообщаетъ о 44-хъ случ. каменной болѣзни, которые ему удалось наблюдать въ клиникѣ Московскаго Университета. То были: 10 литотрипсій, 3 срединныхъ, 28 боковыхъ камнесѣченій, 2 по способу *Nélaton'a* (sectio praerectalis) и 1 sectio alta. При литотрипсіи полученъ 1 смертельный исходъ отъ страданія почекъ; величина камня обусловила трудность дробленія. Дробленіе сопряжено было съ травматизмомъ пузыря и послѣдовательнымъ гнойнымъ нефритомъ. На 3 случ. срединной литотоміи— одна смерть: 63-хъ л. старикъ, гипертрофія простаты, пять камней въ пузырѣ; послѣ операціи сильное кровотеченіе изъ раны. Вскрытіе показало: почки здоровы; въ верхушкѣ простаты флегмонозное воспаленіе, перешедшее въ нагноеніе и гангрену; въ основаніи простаты кровянисто-гнойный инфильтратъ; гангрена близь лоннаго соединенія; дифтеритъ стѣнокъ пузыря; смерть отъ септицэміи. *)

На 28 боковыхъ литотомій—3 смерти. Въ одномъ случаѣ смерть отъ перитонита; изъ раны послѣ литотоміи можно было пальцемъ проникнуть въ подбрюшинную клѣтчатку. Смертельный исходъ другой операціи зависѣлъ отъ перитонита и цистита. При вскрытіи найдено: гнойный эксудатъ вокругъ мочеваго пузыря, дифтеритъ слизистой оболочки пузыря. На днѣ мочеваго пузыря, близь отверстія праваго мочеточника, найдено прободеніе, сообщающее полость мочеваго пузыря съ брюшинной клѣтчаткой; наружная рана покрыта гангреной и дифтеритомъ. Въ третьемъ случаѣ при вскрытіи найдено: въ брюшной полости значительное скопленіе гноя, съ клочками омертвѣлой клѣтчатки; такое же скопище гноя позади брюшины доходитъ почти до почекъ; большіе стволы сосудовъ обнажены отъ клѣтчатки; въ стѣнкахъ мочеваго пузыря тоже гнойныя скопища; кромѣ того въ пузырѣ около восьми штукъ небольшихъ осколковъ.

Между выздоровѣвшими отмѣчены: 1 fistula recto-vesicalis, 2 случ. недержанія мочи, 1 случ. impotentiae; однажды наблюдалось сильное кровотеченіе. — Въ общемъ, говоритъ авторъ, всѣ случаи, окончившіеся летально, зависѣли отъ травматизма мочеваго пузыря, простаты, разрыва ея **).

---

*) При описаніи этого случая поражаешься и невольно задаешь себѣ вопросъ: какія причины побудили хирурга примѣнить здѣсь срединное сѣченіе? Трудно подыскать случай, въ которомъ было бы такъ хорошо соединено все то, что противупоказуетъ эту операцію. Огромное повреждение простаты—результатъ неправильнаго выбора метода.

**) Просматривая, довольно рѣдко попадающіеся въ нашей лите-

Разбирая вопросъ о примѣненіи боковой литотоміи и ея видоизмѣненій при большихъ камняхъ, онъ указываетъ, что статистика высокаго сѣченія при такихъ камняхъ — лучше перинеальной.

Оперируя, можно избѣжать раненія брюшины; однако, согласно съ *Thompson*'омъ, особая раздражительность пузыря является противупоказаніемъ для высокой литотоміи. Что касается до мочевой инфильтраціи, то опытъ учитъ насъ относиться къ этому осложненію осторожно, такъ какъ боязнь мочевыхъ затековъ въ подбрюшинную клѣтчатку при высокомъ сѣченіи не имѣетъ достаточныхъ основаній. Въ случаяхъ же ушибленной и разорванной простаты (особенно у стариковъ) при венозномъ кровотеченіи изъ значительно развитаго простатическаго сплетенія — что не рѣдко при боковой литотоміи и не можетъ быть избѣгнуто никакой изъ ея варіацій — шансовъ на мочевую инфильтрацію больше при боковомъ разрѣзѣ, чѣмъ при высокомъ.

На основаніи своихъ наблюденій и статистическихъ данныхъ другихъ хирурговъ, авторъ убѣжденъ, что sectio alta, дѣлаемая при камняхъ въ 4 сант. въ діаметрѣ, дастъ лучшій результатъ, чѣмъ перинеальная; въ настоящее же время хирурги дѣлаютъ sect. altam только при величинѣ камня въ $5^1/_2$ сант.

ратурѣ, протоколы вскрытія умершихъ послѣ операцій камнесѣченія, невольно останавливаешься на нихъ и задумываешься надъ вопросомъ: почему такъ долго боковая литотомія была внѣ всякой критики? Гдѣ тѣ преимущества боковаго сѣченія передъ всѣми остальными способами, на которыя ссылаются защитники этой операціи. Вотъ напр. выдержки изъ отчета объ изслѣдованіи умершихъ въ госпитальн. клиникѣ Импер. Москов. Университ. проф. *Полунина*: „Семь человѣкъ (4, 4, 5, 12, 20, 20 и 29 л.), всѣ мужскаго пола, умерли отъ каменной болѣзни мочевыхъ путей. Изъ нихъ 4 отжили вскорѣ послѣ операцій, произведенныхъ по способу брата *Якова*". У *2-хъ* (4-хъ лѣтн. мальчики) найдены явленія малокровія (кожа блѣдная, какъ бы восковая, полупросвѣчивающая, равно малокровіе и другихъ органовъ) и у одного притомъ кровяные подтеки въ клѣтчатку между пузыремъ и прямою кишкою. Главная причина кровотеч. была повидимому въ раненіи веннаго сплетенія вокругъ prostata. *Третій* больной умеръ вслѣдствіе затековъ мочи въ клѣтчатку между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою и развившагося отъ того воспаленія брюшины. *Четвертый* умеръ отъ страданія почекъ, тоже и *пятый*, но этотъ вскорѣ послѣ операціи имѣлъ свищъ на промежности, на мѣстѣ разрѣза. *Шестой и седьмой* не были оперированы, были in extremis, страданіе почекъ.

Москов. Врачебн. Журналъ 1851 г. стр. 39—52. Весьма интересны и поучительны протоколы вскрытій въ работахъ д-ра *Розенталя* и проф. *Богдановскаго*.

Въ заключеніе статьи авторъ высказывается, согласно съ *Thompson'*омъ, что самая главная задача при леченіи калькулезныхъ—открыть камень какъ можно раньше, и такъ какъ величина камня имѣетъ огромное значеніе въ выборѣ операціи и ея исходѣ, то при рѣшеніи дѣлать операцію, самое главное—опредѣлить величину камня.

Если мы видимъ, что докторъ *Медвѣдевъ* стоялъ за расширеніе показаній къ примѣненію высокаго камнесѣченія, то въ лицѣ д-ра *Дуброво* мы встрѣчаемъ еще болѣе горячаго защитника sectionis altae.

Сообщая о 5 камнесѣченіяхъ, произведенныхъ лѣтомъ 1874 года въ Московской губ., Дмитровскомъ уѣздѣ, онъ передаетъ интересныя и поучительныя исторіи болѣзни, оперированныхъ боковымъ разрѣзомъ.

Операція выполнена 4 раза на дѣтяхъ ($7^1/_2$, $2^1/_2$, 5, $12^1/_2$ л.) и 1 разъ на 32-хъ л. мужчинѣ. Первая операція прошла вполнѣ хорошо; во второмъ случ. получилась фистула на промежности, по поводу которой авторъ говоритъ слѣдующее: „можетъ быть я и ошибаюсь, но, мнѣ кажется, нужно удивляться, что такой исходъ послѣ операціи черезъ промежность получается во всякомъ случаѣ рѣдко. Вѣдь условія раны въ этой мѣстности аналогичны травматическимъ свищамъ, напр. пузырно-влагалищнымъ или мочевымъ; а всякому извѣстно, какъ ничтожна наклонность послѣднихъ къ произвольному заживленію".

Третій оперированный погибъ отъ піэміи, развившейся вслѣдъ за послѣдовательнымъ кровотеченіемъ изъ веннаго сплетенія простаты. Исторія болѣзни этого оперированнаго—крайне интересна.

Рѣшившись, уступая просьбамъ больнаго, на оперативное вмѣшательство, онъ колебался „не безъ нѣкотораго тяжелаго чувства"—какой способъ камнесѣченія примѣнить въ данномъ случаѣ, не служитъ ли гипертрофія простаты больнаго противупоказаніемъ къ section. lateral. Не имѣя въ этомъ отношеніи личнаго опыта и не найдя предостереженія въ классическихъ трудахъ *Thompson'*а *и Pith'*ы, хирургъ рѣшился оперировать по хорошо ему знакомому методу. Больному было сдѣлано боковое камнесѣченіе; вскорѣ послѣдовательное кровотеченіе, а затѣмъ быстрая смерть при явленіяхъ піэміи. Это наблюденіе даетъ право высказаться *Дуброво* въ томъ смыслѣ, что гипертрофія простаты служитъ показаніемъ къ примѣненію высокаго сѣченія. Существовавшая у больнаго гипертрофія простаты обусловливалась главнымъ образомъ

варикознымъ состоянiемъ plexus venosi prostatici, а такое состоянiе, конечно, должно быть считаемо своего рода „noli me tangere“; въ противномъ случаѣ всѣ шансы на развитiе пiэмiи. Здѣсь всѣ условiя благопрiятствуютъ развитiю этого процесса: образовавшiеся при тампонадѣ сгустки въ просвѣтѣ венъ, находясь постоянно подъ влiянiемъ выдѣляющейся мочи и отдѣленiя изъ раны „по необходимости подвергаются размягченiю, отсюда вторичное кровотеченiе, появляющееся почти и одновременно съ наступленiемъ первыхъ признаковъ пiэмiи, т. е. съ развитiемъ метастазовъ“.

Въ четвертомъ случаѣ наблюдалось значительное послѣдовательное артерiяльное кровотеченiе, потребовавшее энергическихъ мѣръ и давшее поводъ даже къ мысли о переливанiи крови. Почему это кровотеченiе появляется въ однихъ случаяхъ и не наблюдается въ другихъ? спрашиваетъ авторъ. На это трудно отвѣтить, но о немъ должно всегда помнить.

Пятый случай прошелъ безъ осложненiй.

Дѣлая выводъ, *Дуброво* говоритъ: *1) Боковое камнесѣченiе, не смотря на его общеупотребительность, не составляетъ операцiи, которою можно было бы удовлетвориться. 2) Если можно сохранить боковое камнесѣченiе для дѣтскаго возраста, лѣтъ до 16, то для случаевъ болѣе зрѣлаго возраста было бы весьма желательно замѣнить эту операцiю другимъ способомъ. 3) Тамъ, гдѣ почему либо не можетъ быть примѣнена литотрипсiя, всего скорѣе могла бы быть примѣняема lithotomia alta.*

Доказываетъ авторъ свои выводы такъ. Боковая литотомiя даетъ хорошiе результаты только въ дѣтскомъ и раннемъ юношескомъ возрастахъ, дальше % смертности великъ и результатами sectionis lateralis въ зрѣломъ возрастѣ „могутъ быть довольны лишь крайнiе оптимисты“. Это подтверждается статистикой *Thompson'a* *) а потому и выборъ другаго оперативнаго метода необходимъ. Выборъ можетъ быть сдѣ-

---

*) Въ доказательство *Дуброво* приводитъ таблицу извѣстной работы *Thompson'a*.

Отъ	1	до 5	лѣтъ на 437	случ.	умерло 33,	т. е.	$1:14^1/_3$
„	6	„ 11	„ „ 377	„	„ 16	„	$1:23^1/_2$
„	12	„ 16	„ „ 178	„	„ 19	„	$1:9^1/_2$
„	17	„ 20	„ „ 76	„	„ 11	„	1:7
„	21	„ 29	„ „ 86	„	„ 11	„	1:8
„	30	„ 38	„ „ 75	„	„ 7	„	1:10
„	39	„ 48	„ „ 100	„	„ 17	„	1:6
„	49	„ 58	„ „ 191	„	„ 40	„	$1:4^3/_4$
„	59	„ 70	„ „ 233	„	„ 63	„	$1:3^3/_7$
„	71	„ 81	„ „ 38	„	„ 12	„	$1:3^1/_6$

ланъ лишь между литотрипсіей, такъ какъ перинеальная литотрипсія (*Dolbeau*) врядъ ли будетъ въ состояніи измѣнить результаты бокового камнесѣченія. „*Дѣло не въ величинѣ раненія, а въ его качествѣ*“ (курсивъ нашъ) lithotomia recto-vesicalis не можетъ имѣть примѣненія, вслѣдствіе оставляемыхъ ею послѣ себя свищей. Такъ какъ литотрипсія большаго распространенія у насъ не имѣетъ, чему, говоритъ авторъ, мѣшаютъ главнымъ образомъ недостаточное знакомство съ ея техникой и рутина, то слѣдуетъ остановиться на sectio alta. Обыкновенно примѣняютъ эту операцію только при в. большихъ камняхъ или другихъ какихъ либо условіяхъ, неблагопріятныхъ со стороны мочевыхъ путей или возраста. Показанія къ операціи должны быть шире. Если по статистикѣ д-ра *M. Humphry* (102 случ. высокаго сѣченія) % смертности = 30,4 (1: $3^{1}/_{5}$), то эта цифра стоитъ довольно близко къ результатамъ боковой литотоміи въ возрастѣ за 50 л.; если же мы вспомнимъ, что всѣ собранные случаи sectionis altae производились у больныхъ за 50 л. и съ большими камнями, то даже и эта статистика можетъ лишь говорить въ пользу высокаго сѣченія.

Совсѣмъ другой % смертности получится, когда операція будетъ производиться при условіяхъ благопріятныхъ; случаи эпицистотоміи, предпринятой у дѣтей, при небольшихъ камняхъ, окончились благополучно.

Заканчивая свое интересное сообщеніе, *Дуброво* того мнѣнія, что „идея *Bruns'а* накладывать на рану пузыря швы, въ особенности если для послѣднихъ войдетъ въ употребленіе кишечная струна, по всей вѣроятности найдетъ себѣ успѣшное примѣненіе. Во всякомъ случаѣ мнѣ кажется, что разработка этого вопроса имѣетъ большую практическую важность и я надѣюсь, что со временемъ мнѣ удастся затронуть этотъ предметъ передъ вами, опираясь на фактическія данныя“.

Дѣйствительно, надежды *Дуброво* вполнѣ оправдались. Черезъ два года мы уже узнаемъ о его 2-хъ счастливо окончившихся случаяхъ высокаго сѣченія. Какъ мы увидимъ ниже, *Дуброво* долженъ считаться у насъ *первымъ, примѣнившимъ швовъ пузыря при эпицистотоміи;* вѣрный только что высказанному имъ взгляду на кэтгутъ, какъ наболѣе удобный матеріалъ для пузырнаго шва, *Дуброво* въ обѣихъ операціяхъ шилъ струнной нитью и въ одномъ случаѣ получилъ первое натяженіе.

Затронутый имъ вопросъ въ весьма непродолжительномъ времени былъ экспериментально разработанъ д-ръ *Максимовымъ* [16]) въ его диссертаціи, вышедшей изъ патолого-хирургическаго кабинета проф. *Н. В. Склифосовскаго*.

Интересная работа *Максимова*, изслѣдовавшая вопросъ первостепенной важности, оцѣнена по достоинству всюду; достаточно сказать, что у многихъ иностранныхъ авторовъ, писавшихъ о высокомъ камнесѣченіи, мы не рѣдко встрѣчаемъ выраженіе: „*шить по Максимову*". Къ этой работѣ мы вернемся нѣсколько ниже и разсмотримъ ее подробно. Теперь же считаемъ умѣстнымъ сказать, что задавшись цѣлью выяснить: а) оказываетъ ли вліяніе швовъ на заживленіе раны мочеваго пузыря первымъ натяженіемъ послѣ эпицистотоміи, и б) можно ли ожидать хорошихъ результатовъ отъ примѣненія въ этомъ случаѣ струнныхъ нитей, употребляемыхъ съ успѣхомъ съ тою же цѣлью въ другихъ областяхъ? — *Максимовъ* предпринялъ цѣлый рядъ опытовъ на собакахъ, которые и рѣшили оба вопроса въ утвердительномъ смыслѣ.

Вслѣдъ за послѣдней работой въ 1877 году, мы имѣемъ критическую статью д-ра *Кругљевскаго* [17]) „*Эпицистотомія. Современное значеніе ея въ теоріи и практикѣ*". Авторъ является горячимъ противникомъ высокаго сѣченія и такимъ же, если не больше, горячимъ защитникомъ боковой литотоміи. Въ виду интереса, представляемаго въ этомъ отношеніи сказанной работой, при томъ единственной полной по вопросу о высокомъ сѣченіи въ нашей литературѣ, мы должны цитировать ее по возможности подробно.

Первыя страницы труда посвящены сужденію о надлобковой операціи: *Pith*'ы, *Podrazk*'аго, *Mercier, Dulles,* а также *Дуброво* и *Максимова*, съ похвалой отзывающихся объ операціи. Д-ръ *Кругљевскій* приводитъ статистическія данныя относительно примѣненія sectionis altae, какъ заграницей, такъ и у насъ, и указываетъ, что за періодъ времени съ 1866 по 1875 годъ операція практиковалась всего 28 разъ, такъ что, не смотря на похвальный отзывъ, она примѣнялась весьма рѣдко; что же касается до исходовъ послѣ операціи, то полученный % смертности (28,6) абсолютно неблагопріятенъ, и „практическій результатъ эпицистотоміи вовсе не соотвѣтствуетъ теоретическимъ сужденіямъ современныхъ авторовъ объ ея преимуществахъ".

Переходя къ анатомическимъ условіямъ эпицистотоміи и останавливаясь нѣсколько подробнѣе на вопросѣ о поднятіи брюшинной складки при наполненіи пузыря, авторъ указываетъ, что въ этомъ отношеніи не существуетъ опредѣленнаго отвѣта. *Sappey* нашелъ (18 изслѣдованій), что при появленіи опухоли надъ лономъ при наполненіи пузыря складка брюшины приподнимается только на 15, 20 мил., тогда какъ ска-

занная опухоль, а слѣдовательно и тупой перкуторный тонъ поднимались на 8,9 сант. надъ соединеніемъ лонныхъ костей. *Mercier* и *Sabatier* нашли это разстояніе равнымъ 5 сант.; послѣдній изслѣдователь считаетъ такое значительное отхожденіе складки брюшины вверхъ явленіемъ исключительнымъ, ненормальнымъ. *Henle* [18]) говоритъ: „При необыкновенномъ растяженіи пузыря, когда верхушка этого послѣдняго лежитъ противъ пупка, складка брюшины можетъ подняться на 7 сант. надъ верхнимъ краемъ соединенія лонныхъ костей (*Денеффъ* и *фонъ-Феттеръ*). Однако-же, какъ это показываетъ большое число пироговскихъ разрѣзовъ, и при значительно растянутомъ пузырѣ брюшина иногда глубоко оттѣсняется книзу петлями кишекъ, которыя внѣдряются между брюшною стѣнкой и пузыремъ".

Проф. *Тарeнецкій* [19]) въ своемъ описаніи подчревной области указываетъ: „что мѣсто перехода брюшины на передне-верхнюю поверхность мочеваго пузыря можетъ подняться на задней поверхности передней стѣнки живота, на $3^1/_2$ сант. выше symphis os pubis. Выше обыкновенно упомянутое мѣсто не поднимается, потому что апоневратическія волокна, идущія, начиная отъ symphisis, изъ бѣлой линіи въ брюшину, препятствуютъ дальнѣйшему растяженію подбрюшинной клѣтчатки. Если мочевой пузырь расширяется дальше, то поднимается исключительно верхушка и дно, а передняя стѣнка пузыря не только свободная отъ peritoneum, но и покрытая имъ, прижимается къ бѣлой линіи и къ peritoneum parietale, соединенной съ linea alba нерастяжимо".

Проф. *Тарeнецкій*, согласно съ *Belmas*, того мнѣнія, что въ положеніи складки брюшины встрѣчается такъ много аномалій—при наполненіи пузыря, растяженіи его и появленіи опухоли надъ лономъ,—что вывести какое либо среднее не возможно. Отсюда видно, какъ разнорѣчивы показанія изслѣдователей, работавшихъ надъ выясненіемъ вопроса о величинѣ поднятія брюшинной складки при наливаніи пузыря, практическое значеніе котораго при выполненіи высокаго камнесѣченія—всѣмъ хорошо извѣстно.

Переходя къ разбору техническихъ условій эпицистотоміи, д-ръ *Круглевскій* старается доказать трудность выполненія операціи.

Начинается эта глава цитатой изъ *Günther*'а [20]): „успѣшное выполненіе высокаго камнесѣченія большею частью зависитъ отъ возможности растянуть надлежащимъ образомъ пузырь, а легкость извлеченія камня, по крайней мѣрѣ отчасти

зависитъ отъ возможности удержать мочевой пузырь въ растянутомъ состояніи во все время операціи“ (стр. 305). Начертавъ себѣ этими словами *Günther*'а планъ для доказательства трудности выполненія операціи, авторъ останавливается на вопросѣ о наливаніи пузыря и на производствѣ разрѣза передней стѣнки пузыря.

Въ силу различія въ анатомическомъ положеніи пузыря у дѣтей и взрослыхъ, наливаніе пузыря первыхъ не представляетъ такой необходимости, какая является у взрослыхъ; доказательствомъ сказаннаго могутъ служить счастливо окончившіяся операціи, выполненныя на дѣтяхъ безъ предварительнаго наливанія пузыря. Если у дѣтей этотъ предварительный актъ эпицистотоміи не составляетъ непремѣннаго условія и гарантіи для удачнаго выполненія операціи, то у взрослыхъ онъ необходимъ; безъ него могутъ встрѣтиться весьма серьезныя затрудненія.

Возможно ли, однако, всегда разсчитывать на успѣшное расширеніе пузыря у калькулезныхъ? Исходя изъ того положенія, что растяжимость мочеваго пузыря всецѣло зависитъ отъ его объема, а этотъ послѣдній весьма различенъ и варіируетъ отъ пола, возраста, состоянія здоровья и привычки мочиться, д-ръ *Круглевскій* указываетъ, что у калькулезныхъ больныхъ часто встрѣчается пузырь сжатый съ утолщенными стѣнками, который препятствуетъ расширенію пузыря; *такихъ случаевъ въ исторіи эпицистотоміи—10; 5 изъ нихъ окончились выздоровленіемъ, 4 смертью, исходъ послѣдняго неизвѣстенъ* (стр. 52; курсивъ нашъ).

Если мы къ только что сказанному прибавимъ еще тѣ трудности, которыя сопряжены съ растяженіемъ пузыря, чего мы достигаемъ или впрыскиваніемъ въ пузырь жидкости черезъ уретру „*или же заставляя больныхъ удерживаться отъ мочеиспусканія, предписывая имъ обильное питье; искусственное retentio urinae*“ (стр. 53; курсивъ нашъ), то надѣяться на растяженіе пузыря, а слѣдовательно и на поднятіе брюшинной складки, намъ нечего, такъ какъ „за рѣдкимъ исключеніемъ и тотъ и другой способы оказываются или чрезвычайно болѣзненными, или даже вовсе непримѣнимыми на практикѣ“ (стр. 53). Болѣзненность эта зависитъ отъ той степени пораженія пузыря, которая встрѣчается у калькулезныхъ наичаще. Случаи концентрической гипертрофіи, а также анатомическія условія мочевыхъ путей у женщинъ, гдѣ длина и ширина уретры весьма затрудняютъ удерживаніе въ пузырѣ впрыснутой жидкости, къ тому же большія количества впрыснутой

жидкости, по мнѣнію автора, основанному на словахъ *Linhardt*'а [21]) (стр. 930), *не меньe 4—5 фунтовъ жидкости*, дѣлаютъ очевиднымъ „съ какими большими техническими препятствіями сопряжено выполненіе этого перваго и весьма важнаго условія эпицистотоміи“.

Переходя къ доказательству трудности разрѣза стѣнки пузыря, авторъ подробно разбираетъ два условія, при которыхъ приходится вскрывать пузырь: при пузырѣ растянутомъ и при пузырѣ спавшемся.

При первомъ условіи, которое, конечно, благопріятнѣе втораго, все же разрѣзъ пузыря представляется дѣломъ, далеко не легкимъ. Трудность эта заключается въ томъ, чтобы произвести разрѣзъ пузыря, безъ раненія брюшины. Если на трупѣ не трудно отличить складку брюшины отъ стѣнки пузыря, то на живомъ, при узкости и глубинѣ раны, покрытой кровью, при постоянно сокращающемся брюшномъ прессѣ, различить точно брюшину крайне трудно. Это сознается всѣми, почему и предложено нѣсколько способовъ для болѣе легкаго и вѣрнаго опредѣленія положенія брюшины, но всѣ они (перкуссія пузыря въ глубинѣ раны, введеніе одного пальца въ rectum и приподнятіе камня къ передней стѣнкѣ пузыря) ненадежны; такъ что при разрѣзѣ передней стѣнки пузыря остается довольствоваться однѣми предположеніями.

Въ доказательство только что сказаннаго, д-ръ *Кругlевскій* приводитъ случай *Schmidt*'а, разсказанный *Günther*'омъ, гдѣ брюшина была принята за переднюю стѣнку пузыря; черезъ сдѣланный разрѣзъ получилось выпаденіе кишекъ и на другой день смерть (l. c., стр. 341).

Кромѣ только что указанныхъ способовъ, предложенныхъ для удобнаго и вѣрнаго разрѣза пузыря, слѣдуетъ упомянуть и о другихъ. Стрѣловидный зондъ, изобрѣтенный спеціально ради этой цѣли, оставленъ всѣми, какъ инструментъ опасный; извѣстенъ одинъ случай *(Civiale)*, гдѣ стрѣловидный зондъ прокололъ пузырь такъ, что вышелъ наружу черезъ брюшную стѣнку около пупка. Разрѣзъ пузыря по катетру не можетъ предохранить насъ отъ раненія брюшины, такъ какъ вмѣстѣ съ пузыремъ катетръ приподымаетъ и peritoneum. Кромѣ того, способъ этотъ неудобенъ еще и тѣмъ, что вслѣдъ за вскрытіемъ пузыря, обыкновенно высовывается въ рану клювъ катетра, пузырь быстро спадается и расширеніе разрѣза затрудняется. Предложеніе *Dzondi, Seger, Linhardt*'а отдѣлять, во избѣжаніе раненія брюшины, переднюю поверхность пузыря отъ symphis os. pubis и вскрывать только эту

часть, не можетъ быть примѣнимо, такъ какъ оно сопряжено съ ушибомъ и разрывомъ околопузырной клѣтчатки,—условія наиболѣе благопріятныя для развитія всевозможныхъ серьезныхъ осложненій. Фиксированіе пузыря острымъ крючкомъ или зубчатымъ пинцетомъ—опасно, такъ какъ, или при захватываніи пузыря. или же въ моментъ спаденія пузыря, возможно раненіе брюшины.

Итакъ, изъ всего сказаннаго ясно, что второй актъ эпицистотоміи въ техническомъ отношеніи представляется весьма труднымъ; всѣ способы, предложенные съ цѣлью опредѣлить положеніе брюшинной складки, а также съ цѣлью защитить брюшину отъ пораненія—оставлены, какъ ненадежные.

Современный, наичаще практикуемый методъ разрѣза пузыря по *Günther'*у, примѣняется слѣдующимъ образомъ: ножъ вкалывается съ силою въ пузырь, тотчасъ же разрѣзъ удлинняется внизъ настолько, чтобы указательный палецъ легко могъ быть введенъ въ пузырь; когда это сдѣлано, палецъ крючкообразно сгибается и такимъ образомъ фиксируетъ пузырь, разрѣзъ удлинняется и приступаютъ къ извлеченію камня. „Очевидно, говоритъ д-ръ *Круглевскій*, что подобный маневръ требуетъ большой снаровки и во многихъ случаяхъ совершенно не удается. Въ такихъ случаяхъ можно долго блуждать пальцемъ въ клѣтчаткѣ позади соединенія лонныхъ костей прежде, чѣмъ удастся отыскать рану пузыря“ (стр. 60).

При второмъ условіи, т. е. нерастянутомъ пузырѣ, вскрытіе стѣнки пузыря, конечно, во много разъ труднѣе и возможность раненія брюшины больше.

Вообще раненіе брюшины при операціи должно считаться осложненіемъ весьма опаснымъ. Оно можетъ случиться и до и послѣ разрѣза пузыря; въ этомъ послѣднемъ случаѣ опасность увеличивается еще тѣмъ, что моча изливается въ полость брюшины. Раненіе брюшины случалось у самыхъ опытныхъ хирурговъ и обыкновенно кончалось печально.

Покончивъ съ этимъ вопросомъ, авторъ критически относится къ тому мнѣнію большинства авторовъ, по которымъ извлеченіе камня при высокомъ камнесѣченіи производится крайне легко: „стоитъ только ввести въ пузырь пальцы, захватить ими камень и извлечь его“.

Обыкновенно же это далеко не такъ. Если въ дѣтскомъ возрастѣ, въ силу анатомическихъ условій положенія пузыря и его ширины, извлеченіе камня дѣло нетрудное, то у взрослыхъ этотъ актъ операціи затруднителенъ. Положеніе камня на днѣ пузыря, глубина раны, обусловливаютъ весьма затруд-

нительное извлеченіе его изъ пузыря пальцами; случаи разрыва брюшины въ моментъ извлеченія камня извѣстны въ литературѣ.

Выполнивъ намѣченный планъ, д-ръ *Круглевскій* заканчиваетъ этотъ отдѣлъ своей работы слѣдующими словами: *„эпицистотомія у взрослыхъ представляется очень трудной операціей въ техническомъ отношеніи. Трудности техники ея обусловлены главнымъ образомъ анатомическими отношеніями частей, составляющихъ и окружающихъ поле операціи. Выполненіе этой операціи можетъ осложняться случайностями чрезвычайными, требующими отъ оператора большаго самообладанія и находчивости и сопровождающимися нерѣдко гибельными послѣдствіями для больнаго"* (стр. 64). Свой выводъ авторъ подкрѣпляетъ цитатой, изъ *Günther*'а, въ которой тотъ совѣтуетъ оперировать высокимъ сѣченіемъ только тѣмъ, кто усердно занимался на трупѣ, раньше ассистировалъ при операціи и кому хорошо извѣстны всѣ встрѣчающіяся при операціи случайности. „Хирурги, менѣе опытные и незнакомые съ тѣми обстоятельствами, которыми можетъ осложниться эпицистотомія, гораздо лучше сдѣлаютъ, если, гдѣ это только возможно, будутъ избирать другой способъ" (l. c. стр. 343).

Въ слѣдующей главѣ *„Причины смерти послѣ литотоміи вообще и послѣ эпицистотоміи въ особенности"* авторъ затрагиваетъ вопросъ первостепенной важности.

Установивъ положеніе, что всѣ причины смерти послѣ камнесѣченій должны быть раздѣлены на двѣ категоріи: 1) гдѣ смерть обусловливается самой операціей — погрѣшности въ техникѣ, различные воспалительные процессы въ операціонномъ полѣ, все равно въ зависимости отъ травматизма или затековъ мочи, а также септицэмія и піэмія, и 2) гдѣ причиной летальнаго исхода являются урэмія, болѣзни почекъ, нервныя разстройства и другія болѣзни внутреннихъ органовъ.

Основываясь на категорическомъ заявленіи *Н. И. Пирогова*, „что всѣ причины смерти послѣ оперативныхъ и случайныхъ ранъ пузыря заключаются преимущественно въ мочевомъ затекѣ и урэміи" (l. c., часть II, стр. 5), д-ръ *Круглевскій* сравниваетъ боковое и высокое камнесѣченія, съ цѣлью выяснить при какомъ методѣ операціи мы всего болѣе гарантированы отъ мочевыхъ затековъ, раненія крупныхъ венъ и лимфатическихъ сосудовъ, каковые и служатъ исходнымъ пунктомъ для развитія септицэміи и піэміи.

Боковое камнесѣченіе, въ случаяхъ правильно выполненной операціи, вполнѣ удовлетворяетъ первому условію, такъ какъ

capsula urethro prostatica составляетъ естественную преграду для затековъ мочи въ тазовую клѣтчатку. Только въ случаяхъ, гдѣ нанесена большая травма тканямъ при извлеченіи камня, въ клѣтчаткѣ, окружающей пузырь, развивается флегмонозное воспаленіе, моча можетъ образовать затеки (стр. 72).

Второму условію боковое камнесѣченіе удовлетворяетъ только отчасти, *такъ какъ раненія венъ — labyrinthus venosus Santorini—при операціи избѣжать нельзя* (курсивъ нашъ) и она даетъ всегда болѣе или менѣе обильное кровотеченіе. Опасность этихъ кровотеченій заключается нестолько въ количествѣ крови, теряемомъ оперированнымъ, сколько въ воспаленіи пораненыхъ венъ, тромбъ которыхъ можетъ послужить источникомъ піэміи.

Эпицистотомія, при высокомъ положеніи раны, при томъ условіи, что рана пузыря раскрывается скорѣе, чѣмъ произойдетъ разслабленіе мышцъ, сжимающихъ начало уретры— отсюда свободное истеченіе мочи въ тазовую клѣтчатку—вполнѣ неудовлетворяетъ первому условію. Что это такъ, служитъ доказательствомъ масса средствъ и предложеній, сдѣланныхъ въ различное время во избѣжаніе мочевыхъ затековъ послѣ sectionis altae.

Положеніе на животѣ, на боку, катетръ à demeure, boutonnière, особые насосы для высасыванія мочи, пришиваніе краевъ пузыря къ краямъ раны брюшной стѣнки, проколъ труакаромъ мочеваго пузыря черезъ прямую кишку, операція въ два темпа и, наконецъ, шовъ пузыря — все предложенія, сдѣланныя съ цѣлью защиты оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, служатъ лучшимъ доказательствомъ невыгоды операціи.

Небольшое число опубликованныхъ случаевъ sectionis altae съ швомъ пузыря, не даютъ намъ права дѣлать какія либо заключенія относительно значенія пузырнаго шва при эпицистотоміи. Всѣ извѣстные пока случаи окончились выздоровленіемъ, но они касаются небольшихъ камней, а при такихъ условіяхъ, несомнѣнно, и боковое камнесѣченіе дало бы одинаковый результатъ.

„Важно то, что ни въ одномъ изъ сказанныхъ случаевъ не было смертельнаго исхода ни отъ перитонита, ни отъ піэміи“ (стр. 75). Пока еще вопросъ о швѣ пузыря долженъ считаться открытымъ; тѣмъ болѣе, что всѣ извѣстные удачные случаи примѣненія его касаются исключительно дѣтскаго возраста, а у дѣтей, какъ извѣстно, мы имѣемъ совершенно иныя анатомическія условія, чѣмъ у взрослыхъ.

Удовлетворяетъ ли sectio alta второму условію? Тоже

нѣтъ. Въ дѣтскомъ и среднемъ возрастахъ венныя сплетенія пузыря - мало развиты и неопасны; въ старческомъ же, гдѣ они не меньше, чѣмъ plexus venosus prostatici, раненіе ихъ также опасно, какъ и при боковомъ камнесѣченіи. Въ исторіи sectionis altae извѣстны случаи смертельныхъ кровотеченій.

Все только что сказанное убѣждаетъ насъ въ невыгодахъ высокаго камнесѣченія, такъ что „не трудно убѣдиться, что боковое камнесѣченіе гораздо больше приближается къ идеалу камнесѣченія у взрослыхъ, чѣмъ эпицистотомія (стр. 76).

Чтобы быть еще болѣе убѣдительнымъ, д-ръ *Круглевскій* заканчиваетъ эту главу перечисленіемъ 56 смертныхъ случаевъ изъ статистики *Günther*'а, въ которыхъ, какъ показало вскрытіе, смерть зависѣла отъ слѣдующихъ причинъ: 12 разъ отъ урэміи, 2 раза—отъ геморрагическаго эксудата въ плеврѣ (вѣроятно — говоритъ авторъ— обусловливался септицэміей); въ 2-хъ случаяхъ камни не были извлечены, 4 случая изъязвленій и экскресценцій пузыря, 1 случай разрыва пузыря, 1—сроіценіе всѣхъ кишекъ, 1—нарывъ въ сальникѣ, 4 случая воспаленія брюшины, 9—раненій брюшины, 2 периуретральныхъ нарыва, 5 омертвѣній брюшины, 7 разъ нарывы вокругъ пузыря. Въ 4-хъ случ. смерть зависѣла отъ піэміи, нервнаго разстройства, большаго количества глистовъ и 1 разъ отъ хлороформа (l. c., стр. 343). Отсюда видно, что причины смерти послѣ эпицистотоміи могутъ быть подведены подъ слѣдующія категоріи: *а*) воспаленія брюшины, *б*) нагноительныя воспаленія въ клѣтчаткѣ таза и *в*) болѣзни почекъ (стр. 77).

Въ послѣдней главѣ своего труда: „*Смертность послѣ камнесѣченія*" д-ръ *Круглевскій*, основываясь на статистическихъ работахъ *Günther*'а [22]) и *Dulles* [23]) о высокомъ камнесѣченіи и таковыхъ же *Koulson*'а [24]), *Gringau* [25]) и *Thompson*'а [26]) о боковой литотоміи, сравнивая 1827 случ. sectionis lateralis съ 364 случ. эпицистотоміи, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: *a*) въ возрастѣ до 20 лѣтъ въ пользу боковаго камнесѣченія разность=13,86%, *b*) въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ разность въ пользу боковой литотоміи=27%, *c*) въ возрастѣ отъ 40 до 60 лѣтъ разность въ пользу боковой литотоміи=4,5%, *d*) въ возрастѣ старше 60 лѣтъ разность, опять таки въ пользу боковаго камнесѣченія,=8,43%.

Относительно вліянія пола на исходъ камнесѣченій, сравнивая таблицы *Crosse* (35 женщ., 669 мужч.) и *Dulles* (82 женщ., 383 мужч.) видно, что у женщинъ боковая литотомія даетъ въ 2 раза лучшій результатъ, чѣмъ эпицистотомія.

Что касается до вліянія величины камня на исходъ опе-

рацій камнесѣченія, то въ этомъ отношеніи, говоритъ авторъ, исторія литотоміи не имѣетъ еще достаточно данныхъ для рѣшенія вопроса о преимуществахъ того или другаго вида камнесѣченія. Таблица *Crosse* (704 случ.) и *Gringau* (744 случ.) разработаны недостаточно полно, такъ какъ въ 1-й таблицѣ мы имѣемъ богатыя свѣдѣнія о камняхъ меньше и до 2-хъ унц. (648 случ.), число же камней болѣе 2-хъ унц. (56 случ.)—ничтожно; во 2-й не показано число случаевъ, изъ которыхъ сдѣланъ выводъ для каждаго вѣса камней (стр. 83). Свѣдѣнія, собранныя *Dulles*'омъ. весьма скудны; ему удалось узнать точный вѣсъ камней только въ 97 случ. изъ 478. При такихъ условіяхъ рѣшить вопросъ о вліяніи величины камня на исходъ литотомій—трудно. На основаніи существующихъ статистическихъ данныхъ можно заключить, что при камняхъ вѣсомъ болѣе 2-хъ унц. смертность послѣ *эпицистотоміи значительно меньше смертности послѣ боковаго камнесѣченія.*

Однако, въ наше время большая величина камня не можетъ служить мотивомъ къ производству sectionis altae. Перинеальная литотрипсія *Dolbeau*, по сообщенію этого послѣдняго [27]), изъ 64 случ. дала только девять смертельныхъ исходовъ, т. е. % смертности послѣ операціи = 16, 36, вдвое меньше смертности послѣ высокаго камнесѣченія. Изъ таблицы же *Bermon* [28]), гдѣ 46 собранныхъ случ. разбиты по возрасту, становится яснымъ, что въ пожиломъ возрастѣ отъ 59 л. и болѣе, операція *Dolbeau* даетъ результатъ, далеко превосходящій sectionem altam, а именно % смертности=25, 8, и въ этомъ возрастѣ срединая литотомія по своимъ результатамъ подходитъ къ боковой.

Въ заключеніе д-ръ *Круглевскій* останавливается на томъ, что литотомія—одна изъ такихъ операцій, гдѣ исходъ много зависитъ отъ личныхъ качествъ и опытности оператора, сравниваетъ исходы боковаго и высокаго камнесѣченій въ рукахъ одного и того же хирурга. Выводъ далеко не въ пользу эпицистотоміи. Такъ у *Cheselden'a* на 213 оперированныхъ боковымъ сѣченіемъ умерло 20, т. е. % смертности = 9, 4; онъ же сдѣлалъ 9 высокихъ литотомій и потерялъ 1, % смертн. = 11, 1; слѣд. въ пользу боковаго разница—1, 73%. *Frère Côme* сдѣлалъ 78 боковыхъ литотомій и потерялъ 6 оперированныхъ, % смертности = 7, 7; онъ же оперировалъ 82 раза высокимъ сѣченіемъ и потерялъ 15, т. е. % смертности = 18, 3; разница въ пользу боковаго = 10, 6%. Справедливости ради, должно замѣтить, что изъ этихъ 82 оперированныхъ половина была женщины, а такъ какъ эти послѣднія переносятъ операціи камнесѣченія вдвое лучше мужчинъ, то разница въ пользу

боковой литотоміи—еще больше.—Тоже самое мы встрѣчаемъ и у *Souberbielle*.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ слѣдующее:

1) „Не смотря на преимущества, которыя представляетъ эпицистотомія, какъ съ анатомической, такъ и съ технической стороны, она все-таки и для дѣтскаго возраста остается самымъ невыгоднымъ методомъ камнесѣченія, потому что даетъ втрое большій % смертности, чѣмъ камнесѣченіе боковое. Вслѣдствіе этого и примѣненіе ея къ каждому случаю каменной болѣзни у дѣтей не можетъ быть допущено, — по крайней мѣрѣ, до тѣхъ поръ, пока съ положительностью не будетъ опредѣлена главная причина смерти послѣ эпицистотоміи у дѣтей.

Случаи эпицистотоміи съ примѣненіемъ пузырнаго шва, правда, подаютъ надежду на лучшую будущность эпицистотоміи въ дѣтскомъ возрастѣ, но, изъ имѣющихся въ настоящее время данныхъ, еще нельзя вывести достовѣрнаго заключенія о томъ значеніи, какое имѣетъ пузырный шовъ для эпицистотоміи у дѣтей.

2) Относительно взрослыхъ—эпицистотомія, какъ въ анатомическомъ, такъ и въ техническомъ отношеніяхъ представляетъ методъ трудный и весьма опасный. При всѣхъ равныхъ условіяхъ она даетъ смертность гораздо большую, чѣмъ камнесѣченіе боковое. Поэтому примѣненіе ея у взрослыхъ въ настоящее время можетъ быть оправдано только въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, какъ общій же методъ примѣняемый къ каждому случаю каменной болѣзни у взрослыхъ, она не выдерживаетъ критики въ теоріи и даетъ сравнительно весьма печальные результаты на практикѣ. Здѣсь не обѣщаетъ ничего лучшаго въ будущемъ даже и пузырный шовъ, потому что примѣненіе его, если и совершенно невозможно, то во всякомъ случаѣ вредно. Дѣло въ томъ, что опорожненный пузырь скрывается совершенно за лоннымъ соединеніемъ и вторичное его наполненіе послѣ извлеченія камня становится совершенно невозможнымъ, наложеніе же швовъ на спавшійся пузырь неминуемо будетъ сопряжено съ такими механическими насиліями пузырю и окружающей клѣтчаткѣ, что самое примѣненіе шва принесетъ навѣрное больше вреда, чѣмъ пользы“ (стр. 89 и 90).

„Въ виду всего сказаннаго было-бы преступно со стороны врача примѣнять эпицистотомію у взрослыхъ изъ за какихъ либо одностороннихъ принциповъ: преступно потому, что черезъ это онъ завѣдомо лишалъ бы своего кліента половины шансовъ на сохраненіе жизни. Мѣра преступности въ

этомъ случаѣ увеличивается еще тѣмъ, что больной обыкновенно искренне отдается въ руки оператора съ твердою вѣрою, что этотъ послѣдній строго взвѣситъ всѣ шансы на успѣшный исходъ операціи и изберетъ тотъ методъ, который обѣщаетъ всего болѣе успѣха.

Вотъ тѣ выводы, къ которымъ привело насъ посильное разсмотрѣніе всѣхъ условій эпицистотоміи" (стр. 91).

Къ числу причинъ, почему въ послѣднее время мы встрѣчаемъ у авторовъ мнѣнія сочувственныя высокому камнесѣченію, говоритъ д-ръ *Круглевскій*, долженъ быть отнесенъ обычай, укоренившійся въ нашемъ столѣтіи, дѣлать выводы и заключенія на основаніи единичныхъ случаевъ. Не то, что прежде, когда практическая хирургія была достояніемъ немногихъ; оперировано мало людей, но случаи этихъ немногихъ операторовъ подавляли своей массой и выводы были очевидны. „Въ тоже самое время направленіе нашего прогрессивнаго вѣка сильно развиваетъ стремленіе публично высказываться о своемъ искусствѣ и жажду литературной извѣстности. Вслѣдствіе этого въ наше время вошло въ обычай описывать единичные случаи и на основаніи ихъ дѣлать обширныя обобщенія и заключенія о самомъ оперативномъ методѣ. Само собою разумѣется, что во многихъ случаяхъ очевидна неосновательность подобныхъ выводовъ, но бѣда, если они провозглашаются прямо съ каѳедры лицами, имѣющими право на авторитетность! Зло въ такихъ случаяхъ происходитъ отъ того, что учащееся поколѣніе обыкновенно съ жадностью хватается за воззрѣніе своего учителя, если они только имѣютъ претензію на прогрессъ, слѣпо усвоиваетъ ихъ себѣ и затѣмъ выступаетъ съ ними на практику. Но и на практикѣ истина обнаруживается не вдругъ,—первые неудачные опыты обыкновенно не въ состояніи бываютъ заставить отрѣшиться отъ разъ усвоеннаго взгляда. Новичекъ гораздо охотнѣе свалить всю вину своей неудачи на собственную неопытность, неискусство, чѣмъ заподозрить авторитетъ своего учителя. Всѣмъ извѣстно, какъ много нужно времени для того, чтобы выработался самостоятельный взглядъ, основанный на собственной опытности. А до тѣхъ поръ сколько вреда можетъ быть принесено человѣчеству и, главное, во имя quasi-прогресса! Справедливость сказаннаго нигдѣ такъ не подтверждается, какъ въ вопросѣ объ эпицистотоміи. „По рутинѣ и по традиціи ко всѣмъ случаямъ каменной болѣзни примѣняется боковое камнесѣченіе"— вотъ любимая фраза защитниковъ эпицистотоміи въ нашемъ отечествѣ (стр. 95 и 96).

Этой длинной выпиской мы кончаемъ цитировать статью д-ра *Круглевскаго*, на которой намъ казалось нужнымъ остановиться столь долго. Мы поступили такъ въ виду того, что по вопросу о высокомъ камнесѣченіи работа эта является въ нашей литературѣ наиболѣе объемистой и подробно составленной. Какъ справился авторъ съ своей задачей, лучше всего будетъ видно, тщательно познакомившись съ его трудомъ, къ которому мы и отсылаемъ интересующихся. Съ своей стороны мы старались, по возможности, представить подробный рефератъ сказанной работы, снабдивъ его большими выписками, заботились сдѣлать все отъ насъ зависящее, чтобы въ краткомъ изложеніи работа не утратила своего интереса.

Согласно ранѣе высказанному, мы ни разу не позволили себѣ критически отнестись къ тому или другому мнѣнію, доказательству, выводу автора; лишь только позволили себѣ отмѣтить курсивомъ то, что казалось намъ болѣе интереснымъ. Теперь же, покончивъ съ изложеніемъ работы д-ра *Круглевскаго*, мы не можемъ удержаться, чтобы не высказать слѣдующее: только что реферированная работа, подъ конецъ принявшая какой-то странный, вызывающій полемическій оттѣнокъ, не принесла большой пользы боковому камнесѣченію, такъ какъ черезъ какіе нибудь 5—6 лѣтъ оно съ успѣхомъ замѣняется въ нашемъ отечествѣ другими методами. Къ этимъ послѣднимъ прибѣгаютъ не какіе либо искатели дешевой славы и извѣстности, а люди науки, скромные труженики, которыми, по справедливости, можетъ гордиться наша отечественная хирургія!

Послѣ этого невольнаго отступленія продолжаемъ дальше.

Въ томъ же году проф. *Левшинъ* [29]) въ одной изъ своихъ работъ упоминаетъ о случаѣ надлобковаго камнесѣченія, окончившимся смертью черезъ 20 ч. послѣ операціи. Она не представляла никакихъ трудностей и осложненій, если не считать, что вслѣдствіе спавшагося пузыря не удалось наложить пузырнаго шва; кровотеченіе было умѣренное.

Вскорѣ послѣ операціи больной началъ слабѣть и, несмотря на всякія возбуждающія, быстро скончался. Вскрытіе не обнаружило ничего такого, что могло бы объяснить столь быструю смерть; найдено: высокая степень гидронефроза почекъ, такъ что мѣстами корковое вещество достигало всего лишь $1^1/_2$ мл. толщины; околопузырная клѣтчатка, брюшина—нормальны.

Путемъ исключенія проф. объясняетъ смерть въ данномъ случаѣ отъ шока, такъ какъ не было анэміи, отсутствіе же

всякихъ измѣненій въ брюшинѣ исключаетъ ея воспаленіе, а прижизненныя явленія вовсе не соотвѣтствовали тому, что должно было бы быть при урэміи.

Черезъ 2 года (1879) мы имѣемъ уже первый печатный отчетъ о 10 случаяхъ высокаго камнесѣченія, сдѣланныхъ въ Россіи; отчетъ принадлежитъ д-ру *Макавѣеву* [30]). Прежде чѣмъ приступить къ описанію своихъ операцій, авторъ останавливается довольно подробно на разборѣ тѣхъ опасностей, которыя всѣми приписываются эпицистотоміи.

Раненіе брюшины—невозможно, если пузырь налитъ и операторъ дѣйствуетъ осторожно. Опытъ показалъ д-ру *Макавѣеву*, что при налитомъ пузырѣ складка брюшины оттѣсняется настолько высоко, что опасности поранить peritoneum не существуетъ. Обыкновенно верхушка пузыря подымается на 4—6 поперечныхъ пальцевъ выше symphysis; брюшинная складка при этомъ удалена изъ поля операціи настолько, что во многихъ случаяхъ можно спокойно дѣлать разрѣзъ передней стѣнки пузыря, „даже безъ предварительнаго оттягиванія клѣтчатки и брюшинной складки вверхъ пальцемъ, какъ это совѣтуется“. Если же практиковать этотъ пріемъ и защищать брюшинную складку, то разрѣзъ пузыря—вполнѣ безопасенъ.

Во всѣхъ своихъ случаяхъ авторъ не встрѣтилъ никакихъ затрудненій при наливаніи пузыря; разъ онъ даже налилъ такой пузырь, гдѣ камень былъ тѣсно соединенъ съ передней и боковыми стѣнками пузыря и гдѣ жидкость могла скопляться только сзади камня.

Все это даетъ право смотрѣть на операцію эпицистотоміи у дѣтей, какъ на болѣе легкую, чѣмъ боковое камнесѣченіе. Здѣсь хирургъ—хозяинъ своего положенія; при боковой же литотоміи у дѣтей мы легко можемъ поранить rectum и брюшину, спускающуюся весьма низко по задней стѣнкѣ пузыря и покрывающую значительную часть простаты; приходится дѣйствовать наугадъ и никогда нельзя быть увѣреннымъ, что брюшина и прямая кишка останутся цѣлы, „хотя раненіе ихъ и случается очень рѣдко“.

Что касается мочевыхъ затековъ, то *Макавѣевъ* ихъ не наблюдалъ. Относительно ихъ авторъ того мнѣнія, что боязнь мочевой инфильтраціи при высокомъ камнесѣченіи — преувеличена. Моча нормальная—невредна; безпокоить насъ можетъ только щелочная, разлагающаяся. Но и она, при соблюденіи чистоты и промываніи пузыря нѣсколько разъ въ день дезинфецирующимъ растворомъ (минеральнымъ хамелеономъ), при хорошемъ и свободномъ стокѣ мочи, не можетъ дать никакихъ

непріятныхъ осложненій. У автора, на его 10 случаевъ, три раза встрѣтилась плохая моча, но затековъ не наблюдалось ни разу.

Далѣе разбирается вопросъ о смертности при высокомъ камнесѣченіи.

Какъ извѣстно, эпицистотомія пользуется репутаціей операціи весьма опасной, дающей большой % смертности; однако, анализъ имѣющагося статистическаго матеріала по вопросу о боковомъ камнесѣченіи и эпицистотоміи не подтверждаетъ только что высказаннаго взгляда на операцію.

Прежде всего, слѣдуетъ отмѣтить, что сравненіе цифровыхъ данныхъ приходится дѣлать далеко не при одинаковыхъ условіяхъ. Случаевъ боковой литотоміи опубликовано несравненно больше, чѣмъ высокой; sectio lateralis наичаще примѣнялась въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ, тогда какъ эпицистотомія—почти исключительно у взрослыхъ. Наконецъ, эта послѣдняя почти всегда практиковалась въ отчаянныхъ случаяхъ, тамъ, гдѣ выполненіе боковой литотоміи было почему либо невозможно или же, гдѣ она, въ силу различныхъ условій, должна была бы окончиться печально. Несмотря на эти неравныя и невыгодныя условія для сравненія результатовъ того и другаго методовъ, все же выводъ для эпицистотоміи получается далеко не плохой.

Для доказательства только что сказаннаго д-ръ *Макаевъевъ* пользуется статистикой, приведенной у *Lefort*. *Grosse* собралъ 8509 случ. боковой литотоміи съ 12,5% смертности, *Thompson*—1827 съ такимъ же %; всего 10336 операцій съ 12,5% смертности. Такой подавляющей цифрѣ сопоставляются: 104 слус. высокаго камнесѣченія *M. Gumphry* съ 30% смертности, 180 сл. *Gross*'а съ 21,7%, 38 сл. *Souberbielle* съ 26,3% и 100 случ., собранныхъ *Belmas* съ 25%; всего 422 случая съ 24,9% смертности. Что касается до возраста, то изъ всѣхъ собранныхъ случаевъ онъ отмѣченъ у *Souberbielle* (38), гдѣ 35 операцій были предприняты въ возрастѣ отъ 50 до 80 л. Матеріалъ *Belmas* указываетъ намъ, что смертность отъ дѣтскаго возраста до возмужалости — 7%, до 50 л. 14% и отъ 50 до 80 л.—44,4%.

У *Thompson*'а (l. c. стр. 181). Мы находимъ, какъ и общій выводъ, что боковая литотомія даетъ: до возмужалости 6% смертности, отъ зрѣлаго возраста до 58 л.—16%; и отъ 58 до 80 л.—28,5%. У него же мы видимъ, какое огромное значеніе имѣетъ возрастъ больнаго: *Cheselden* изъ 14 больныхъ въ возрастѣ выше 50 лѣтъ, оперированныхъ имъ боко-

вымъ сѣченіемъ, потерялъ 6, т. е. 42,8%, въ остальныхъ своихъ 199 случ., между которыми 167 были моложе 20 л., тотъ же хирургъ потерялъ лишь 4-хъ, т. е. 2%. Это же мы видимъ и у *Martineau*; онъ потерялъ двухъ больныхъ изъ 84-хъ; изъ нихъ 34 было моложе 14 л. и только 11 выше 60 л.

Если мы сравнимъ статистику *Thompson*'а и *Belmas*, то разница между %—не велика для возраста дѣтскаго и зрѣлаго; напротивъ она громадна для возраста пожилаго: тамъ 28,5%, а здѣсь 44,4%. „Но я этого не принимаю въ разсчетъ, говоритъ авторъ, такъ какъ слишкомъ высокій % смертности для этого возраста, показанный у *Belmas*, очевидно нужно считать случайнымъ, въ пользу чего говорятъ случаи *Souberbielle*, у котораго было столько же больныхъ въ возрастѣ отъ 50 до 80 лѣтъ, какъ и у *Belmas*, а между тѣмъ % смертности равенъ 26,3%. Наконецъ также случайное повышеніе смертности въ этомъ возрастѣ возможно и при боковомъ разрѣзѣ, что доказываетъ статистика *Cheselden*'а, который потерялъ 42,8%; разница только въ томъ, что при боковомъ разрѣзѣ это выравнивается массой другихъ болѣе благопріятныхъ случаевъ, чего при надлобковомъ сѣченіи нѣтъ, вслѣдствіе ограниченности статистическаго матеріала. Такъ что и въ этомъ возрастѣ % смертности при надлобковомъ сѣченіи и перинеальномъ разрѣзѣ нужно считать очень близкими. Если къ случаямъ *Belmas, Sourberbielle* въ возрастѣ отъ 50 до 80 л. присоединить и случаи *M. Humphry, Grosse*, которые, какъ я сказалъ, нужно тоже причислить къ этому возрасту, то общій % смертности, какъ показано выше, будетъ=26,8%, т. е. очень близко подходить къ % смертности въ этомъ же возрастѣ, выведенному *Thompson*'омъ для перинеальнаго разрѣза и даже немного ниже его“ (стр. 213). Такимъ образомъ выходитъ, что даже при вышесказанныхъ невыгодныхъ условіяхъ для сравненія % смертности послѣ высокаго камнесѣченія далеко не такъ неблагопріятенъ, какъ выставляютъ его защитники боковой литотоміи.

Покончивъ съ этимъ отдѣломъ своего труда, авторъ описываетъ свои случаи, предварительно изложивъ тотъ оперативный методъ и послѣдовательное леченіе, какого онъ держался при операціи. (См. табл. I, 53—62).

Интересны мотивы, по которымъ *Макавѣевъ* сшивалъ рану брюшныхъ стѣнокъ: дѣлалось это не съ цѣлью получить первое натяженіе „что бываетъ очень рѣдко“, а съ цѣлью предохранить брюшину отъ выпячиванія въ рану. Обыкновенно

вслѣдъ за операціей, по окончаніи наркоза, дѣти начинаютъ кричать, вслѣдствіе чего peritoneum сильно выпячивается и можетъ разорваться. Кромѣ того сшиваніемъ раны достигается еще то важное преимущество, что дренажная трубка плотно окружается краями раны и въ первые же дни, при развитіи реактивнаго воспаленія, настолько хорошо охватывается окружающими тканями, что вся моча, по законамъ сифона, идетъ сполна черезъ нее въ банку, поставленную рядомъ съ больнымъ. Такимъ путемъ рана почти не смачивается мочею, больной лежитъ въ сухой постелѣ.

Какъ мы увидимъ ниже, этотъ способъ ухода за оперированнымъ долженъ считаться вполнѣ раціональнымъ. Въ литературѣ извѣстны, есть и въ нашей таблицѣ, случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины при несшитой ранѣ брюшной стѣнки; что же касается дренажа-сифона, то онъ обыкновенно даетъ хорошій результатъ.

Такой же результатъ полученъ и д-мъ *Макавѣевымъ*: на 10 случ.—2 смерти, изъ которыхъ ни одна не можетъ быть приписана операціи. Это даетъ право сказать автору: „итакъ, высокое сѣченіе должно быть, по моему мнѣнію, выведено изъ числа операцій, практикующихся въ исключительныхъ случаяхъ".

Въ 1880 г. опубликовано 2 случая высокаго камнесѣченія; одинъ принадлежитъ д-ру *Орлову* [31]), другой *Глазуновскому* [32]).

Д-ръ *Орловъ* сдѣлалъ эпицистотомію мальчику 14 л., котораго 2 года раньше онъ съ успѣхомъ оперировалъ боковымъ разрѣзомъ. Операція прошла безъ всякихъ осложненій. Подводя итогъ своему наблюденію, д-ръ *Орловъ* того мнѣнія, что техника надлобковой операціи—несравненно проще, а главное—точнѣе боковой литотоміи; при ней всякая артерія, вена, можетъ быть обойдена; разрѣзы дѣлаются послойно. Не то, конечно, при sectio lateralis.

Наливать пузырь, по его мнѣнію, не слѣдуетъ, такъ какъ раненіе брюшины, чего боятся всѣ, легче произойдетъ при наливаніи пузыря или примѣненіи стрѣловиднаго зонда, въ силу того, что при расширеніи пузыря наливаніемъ жидкости прежде всего начинаетъ выпячиваться та его часть, которая покрыта брюшиной. Поэтому лучшій способъ избѣжать раненія peritonei—дѣлать разрѣзъ не на верхушкѣ пузыря, а ниже; впрочемъ если раненіе брюшины и произойдетъ,—„оно не должно смущать".

Относительно послѣдствій послѣ камнесѣченія боковаго и

высокаго, разница—огромая: и тамъ и здѣсь можетъ остаться свищъ, но при боковой литотоміи кромѣ того весьма возможно половое безсиліе и упорное недержаніе мочи, неподдающееся никакому леченію.

Выводъ: надлобковую операцію во многихъ случаяхъ слѣдуетъ предпочитать другимъ методамъ камнесѣченія, особенно-же при камняхъ большихъ размѣровъ. Въ случаяхъ задержанія мочи въ престарѣломъ возрастѣ, когда проведеніе катетра не удается и есть показаніе къ проколу пузыря sectio alta вполнѣ показуется. „Въ этомъ случаѣ, говоритъ д-ръ *Орловъ*, разрѣзъ этотъ я ставлю также высоко, какъ и трахеотомію въ случаѣ задушенія“ (стр. 730).

Д-ръ *Глазуновскій*, сообщая о своихъ 18 камнесѣченіяхъ, лишь вскользь упоминаетъ о случаѣ эпицистотоміи, окончившейся смертью.

Въ 1882 году д-ръ *Захаревичъ* [33]) въ своихъ хирургическихъ замѣткахъ также вскользь упоминаетъ о томъ, что за послѣдніе 4 года въ Харьковѣ sectio alta произведена 5 разъ: 3 раза проф. *Грубе*, 1 разъ проф. *Зарубинымъ* и 1 разъ авторомъ. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

Черезъ 2 года появляется весьма интересная статья д-ра *Головачева* [34]), въ которой авторъ, предпославъ краткій анатомическій очеркъ положенія брюшинной складки относительно пузыря, а также тѣхъ измѣненій въ положеніи сказанныхъ частей, которыя происходятъ при наполненіи пузыря, переходитъ къ описанію хода операціи и послѣдовательнаго леченія въ своихъ 6 случ. эпицистотоміи.

Для насъ въ высшей степени важно узнать, что побудило опытнаго хирурга, съ успѣхомъ примѣнявшаго не одну сотню разъ боковую литотомію, дать предпочтеніе высокой. Посмотримъ, что говоритъ самъ авторъ.

„Въ теченіи 8 лѣтъ мнѣ пришлось въ Московской дѣтской больницѣ сдѣлать около 200 перинеальныхъ литотомій со смертностью 1 на 12 или на 13, слѣдовательно на большой % смертности я пожаловаться не могу. Но что меня заставило искать другаго метода, это нѣкоторыя послѣдствія операціи, изъ которыхъ на первомъ планѣ стоитъ недержаніе мочи; недостатокъ, который, въ особенности въ бѣдномъ классѣ, дѣлаетъ положеніе больнаго очень тягостнымъ на всю жизнь.

Я не могу сказать, какъ часто является это послѣдствіе, такъ какъ не всѣ являются въ больницу, но во всякомъ случаѣ число ихъ превышаетъ число тѣхъ, которые приходятъ

лечиться отъ этого состоянія. Намъ въ больницѣ приходится дѣлать 20—30 литотомій ежегодно и каждый годъ у насъ бываетъ одинъ или два больныхъ, у которыхъ послѣ операціи, сдѣланной у насъ же, осталось недержаніе мочи: что составляетъ около 5% оперированныхъ. *По этому я не ошибусь, если скажу, что число всѣхъ, у которыхъ операція повлекла за собой этотъ недостатокъ будетъ, около 6, 7% и можетъ быть и больше.* (курсивъ нашъ). Надо прибавить, что мы видимъ нашихъ больныхъ до 12 лѣтняго возраста и по этому мы ничего не можемъ сказать о частотѣ появленія другаго недостатка, того чрезвычайно важнаго,—это безплодія, происходящаго вслѣдствіе пораненія ductus ejaculatorii" (стр. 57).

Другимъ недостаткомъ операціи должно считать кровотеченія, подчасъ весьма значительныя; эти кровотеченія останавливаются лишь только тампонадой раны, а она раздражаетъ пузырь и мѣшаетъ заживленію разрѣза; наконецъ, третій и весьма существенный недостатокъ операціи—это невозможность примѣнить листеровскій методъ ухода за раной.

Вотъ тѣ мотивы, которые заставили опытнаго хирурга оставить боковую литотомію и перейти къ высокой, такъ какъ, по мнѣнію д-ра *Головачева*, замѣнить литотомію у дѣтей литотрипсіей врядъ-ли возможно.

При дальнѣйшемъ изложеніи литературнаго очерка мы встрѣтимся неоднажды съ повтореніемъ того-же самаго. Мотивы, заставившіе хирурговъ перейти на сторону эпицистотоміи—тѣже, въ этомъ отношеніи единогласіе полное.

Изъ 6 случ. одинъ окончился летально; смерть зависѣла отъ воспаленія брюшины, развившагося вскорѣ послѣ литотоміи. Однако операція здѣсь была не при чемъ и развитіе перитонита должно быть признано случайностью.

Дѣло въ томъ, что ребенокъ былъ недостаточно захлороформированъ; во время всей операціи пришлось удерживать брюшныя внутренности, выпадавшія въ рану при натуживаніи. Являлась возможность поранить брюшину, не говоря о томъ, что постоянное выпираніе и удерживаніе внутренностей давало всѣ условія для развитія самыхъ дурныхъ послѣдствій. Такъ оно и вышло. Случай весьма поучительный, который даетъ право д-ру *Головачеву* совѣтывать оперировать при полномъ наркозѣ.

Эпицистотомія дѣлалась при налитомъ пузырѣ, безъ кольпейринтера; во всѣхъ случ. оперированы были дѣти съ маленькими камнями; извлеченіе ихъ—всегда легко. На пузырь шва не накладывалось, а въ сшитую до нижняго угла брюш-

ную рану вставлялся дренажъ; онъ не вводился въ пузырь, такъ какъ, по мнѣнію автора, такой дренажъ только препятствуетъ заживленію раны. Всегда примѣнялся катетръ à demeure, употребленіе котораго особенно важно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дренажъ не вводится въ полость пузыря, а лишь только въ предпузырное пространство. Здѣсь катетръ не дозволяетъ пузырю растягиваться и тѣмъ способствуетъ заживленію раны. Д-ру *Головачеву* пришлось убѣдиться въ справедливости только что сказаннаго; въ одномъ случ. вечеромъ у маленькаго паціента катетръ выскочилъ и до того времени сухая повязка—сразу промокла. Кромѣ этого весьма важнаго условія, катетръ дозволяетъ еще примѣненіе послѣ операціи вполнѣ герметической антисептической повязки.

Обыкновенно на 5 д. моча шла нормальнымъ путемъ; выздоровленіе тянулось отъ 9 до 18 д.; въ одномъ только случаѣ—26 д.

Авторъ заканчиваетъ статью слѣдующими выводами о преимуществахъ высокаго камнесѣченія передъ перинеальнымъ: 1) скорость выздоровленія, 2) отсутствіе кровотеченія, 3) отсутствіе дурныхъ послѣдствій операціи, 4) возможность примѣненія антисептики и 5) болѣе легкая техника операціи въ сравненіи съ перинеальной. Слишкомъ большой % смертности послѣ высокаго камнесѣченія, который такъ пугаетъ всѣхъ, долженъ исчезнуть, какъ только перестанутъ дѣлать операцію только въ случаяхъ отчаянныхъ, и станутъ примѣнять ее во всѣхъ тѣхъ, „гдѣ по обстоятельствамъ требуется литотомія, а не литотрипсія“.

Въ томъ же году по вопросу объ эпицистотоміи мы имѣемъ два сообщенія д-ра *Макавѣева* [35]); оба относятся до одного и того же случая высокой литотоміи съ наложеніемъ шва изъ кэтгута. Оперированный выздоровѣлъ, все говорило за заживленіе per primam пузырнаго шва, такъ какъ катетръ былъ удаленъ, повязка суха и больной мочился нормально. Однако на 12 д. повязка пропиталась мочей; по изслѣдованіи оказалось, что хотя большая часть мочи идетъ черезъ уретру, но все же часть ея идетъ и въ повязку. Очевидно молодой рубецъ не выдержалъ напора расширяющагося пузыря и лопнулъ въ какой либо своей части.

На основаніи работы д-ра *Максимова*, многихъ опубликованныхъ случаевъ удачнаго примѣненія пузырнаго шва, а также и своего наблюденія, д-ръ *Макавѣевъ* [36]) считаетъ возможность заживленія per primam—доказаннымъ. Въ чемъ лежитъ неуспѣхъ шва, зависитъ ли онъ отъ техники сшиванія или

выбора матеріала, покажетъ будущее. Лично *Макавѣевъ* того мнѣнія, что для шва слѣдуетъ брать не кэтгутъ, а шелкъ, такъ какъ струнныя нити легко всасываются и весьма скоро молодой рубецъ предоставляется исключительно своимъ собственнымъ силамъ. Не то при швѣ изъ шелка, гдѣ молодой рубецъ подкрѣпляется остающимися петлями шва, которыя при большихъ расширеніяхъ пузыря не позволяютъ разорваться молодой рубцовой ткани. Тоже наблюденіе заставляетъ высказаться за болѣе продолжительное употребленіе катетра à demeure: будь катетръ удаленъ позже, съ огромной вѣроятностью можно предположить, что шовъ не разошелся бы на 11 д. послѣ операціи.

Отмѣчая, что наложеніе шва на рану пузыря нельзя считать дѣломъ легкимъ, д-ръ *Макавѣевъ* думаетъ, что отказываться отъ шва только въ силу этого—непозволительно, такъ какъ вся будущность высокой литотоміи зависитъ отъ пузырнаго шва и антисептики.

Въ томъ же году д-ръ *Знаменскій* [37]) въ своей прекрасной экспериментальной работѣ „О частичномъ изсѣченіи стѣнокъ мочеваго пузыря", говоря о примѣненіи шва на пузырь, весьма близко касается интересующаго насъ вопроса, и даетъ нѣсколько важныхъ практическихъ совѣтовъ, о чемъ рѣчь ниже.

Къ этому же времени относятся работы д-ровъ *Никольскаго, Веревкина, Эбермана* и *Попова*.

Никольскій [38]) сообщаетъ объ одномъ случаѣ эпицистотоміи, окончившейся летально.

Прежде всего онъ указываетъ, что за послѣднее время въ Германіи, благодаря работамъ *Günther*'а и *Bruns*'а, мы имѣемъ весьма много сообщеній, говорящихъ въ пользу высокаго камнесѣченія; во Франціи, не смотря на то, что тамъ до послѣдняго времени преимущественно дѣлались литотоміи по *Dupuytren*'у и *Nelaton*'у, стали появляться случаи эпицистотоміи, также и у насъ—*Макавѣевъ, Головачевъ*. Не входя въ подробную оцѣнку того или другаго способа камнесѣченія, авторъ того мнѣнія, что окончательная оцѣнка операціи можетъ быть сдѣлана на основаніи сравнительной статистики: это то и побудило его сообщить случай женщины-врача *Никольской*, которой онъ ассистировалъ при операціи *).

Кончая свое сообщеніе, д-ръ *Никольскій* замѣчаетъ, что

---

*) Несомнѣнно,—это единственный извѣстный въ литературѣ, гдѣ камнесѣченіе сдѣлано женщиной. *Н. С.*

производство sectionis altae—легче перинеальной, не влечетъ за собой такого кровотеченія; операція дѣлается все время на виду, а не въ темнотѣ, какъ при промежностномъ способѣ.

Д-ръ *Веревкинъ*[39]) въ крайне интересной статьѣ „Lithiasis и lithotomia у дѣтей" даетъ намъ отчетъ о каменной болѣзни въ дѣтской больницѣ св. Владиміра въ Москвѣ съ 1876 по 1884 годы. Работа касается сравнительной оцѣнки различныхъ методовъ камнесѣченія и по своему интересу должна быть реферирована подробно.

Отчетъ обнимаетъ 221 сл. каменной болѣзни. Изъ 2-хъ таблицъ въ началѣ статьи одна—по возрасту, а другая—по продолжительности болѣзни поступившихъ калькулезныхъ, наглядно констатируетъ фактъ, что „самый ранній дѣтскій возрастъ является наиболѣе предрасположеннымъ къ каменной болѣзни". Относительно пола замѣчается громадная разница между мальчиками и дѣвочками: первыхъ поступило въ больницу 207, вторыхъ 14.

Что касается до оперативнаго метода, то въ больницѣ за время отчета примѣнялось три вида камнесѣченія: *a*) sectio lateralis—147 случ., *b*) sectio alta—24 случ., *c*) sectio mediana—16 случ. и *d*) литотрипсія—2 случ. Для извлеченія камней изъ мочеиспускательнаго канала сдѣланы: urethrotomia externa 15 разъ, incisio orif. urethrae—2 и у дѣвочекъ—sectio urethralis—2 раза. Остановимся прежде всего на боковой литотоміи.

Въ виду преслѣдуемой нами цѣли—оцѣнки эпицистотоміи—мы могли бы обойти молчаніемъ ту часть работы уважаемаго автора, въ которой онъ съ похвалой отзывается о боковомъ камнесѣченіи; но мы этого не сдѣлаемъ въ виду того интереса, который представляетъ эта часть отчета, а также потому, что правдивые отчеты, всѣ безъ исключенія, говорятъ въ пользу всякаго другаго, но ни какъ не боковаго, камнесѣченія. Этимъ цѣннымъ для насъ качествомъ отчета мы и воспользуемся.

Прежде всего отмѣтимъ тотъ фактъ, что до 1882 г. антисептическій методъ леченія послѣ литотоміи не примѣнялся въ больницѣ и на 147 случ. операціи % смертности полученъ 6,2; при введеніи же антисептическаго метода—рана промывалась 8% растворомъ хлористаго цинка, посыпалась порошкомъ іодоформа—% смертности послѣ литотоміи равенъ 0. (72 операціи, изъ нихъ 47—sectio lateralis).

При вскрытіи умершихъ (9) послѣ боковой литотоміи найдено слѣдующее:

1) Смерть на 4 день; камень въ 28,0 grm.; размѣры 2,6×2,5×1,6 сант.

Скопленіе серозно-гнойной жидкости сейчасъ подъ брюшиною, въ окружности мочеваго пузыря. Клѣтчатка инфильтрирована, мѣстами представляется распавшейся. Слизистая оболочка мочеваго пузыря утолщена, участками изъязвлена. Лѣвая почечная лоханка и мочеточникъ расширены; изъ лоханки выдѣляется гноевидная жидкость.

2) Смерть на 3 день. Операція прошла безъ осложненій; размѣры камня—2,8×2,4×0,9 сант. Peritonitis sup. et pericystitis. Въ правой почкѣ nephritis interst. et pyelitis.

3) Смерть на 2 день. Въ пузырѣ два камня; размѣры одного — 3,8×3,1×2,1, вѣсъ 78,3 grm.; другой разломался. Peritonitis sup. et pericystitis. Слизистая оболочка пузыря утолщена, мѣстами изъязвлена. Лоханки почекъ расширены и наполнены серозной жидкостью.

4) Извлечено безъ всякаго труда 8 камней, вѣсомъ 33,5 grm. Смерть черезъ 3 недѣли. Инфильтрація гноемъ клѣтчатки въ окружности recti; pyaemia.

5) Смерть на 14 д. Pyelitis, какъ въ правой, такъ и лѣвой почкѣ; въ правомъ мочеточникѣ ущемленъ камень въ бокъ. Pyaemia.

6) Смерть на 23 д. Pyaemia.

7) Сметрь на 4 д. Извлеченъ камень размѣрами 0,8 × 0,6 × 0,4 сант. Въ почкахъ ничего; распространенный peritonitis.

8) Смерть на 2 д. Извлеченъ камень размѣрами 1,5 × 1,2 × 1,0 сант. вѣсъ 1,5 grm. Свѣжій peritonitis и инфильтрація гноемъ клѣтчатки въ окружности раны.

9) Смерть на 9 д. Peritoneum гиперэмировано и покрыто оболочками фибринознаго эксудата. Въ полости таза немного фибринозно-гнойной жидкости. Тазовая клѣтчатка въ лѣвой сторонѣ представляетъ рѣзкую картину гнойнаго воспаленія. Гнойная инфильтрація между symphys'омъ и пузыремъ, между пузыремъ и лѣвой стороной таза, между пузыремъ и rectum. Она-же и вокругъ шейки пузыря. Въ пузырѣ и почкахъ ничего ненормальнаго.

Кромѣ 2-хъ послѣднихъ случаевъ, гдѣ смерть прямо зависѣла отъ неудачи при операціи (какъ отмѣчаетъ авторъ), что возможно, конечно, при всякомъ методѣ, въ 5 случ. мы имѣемъ сильно развитый pyelo-cystitis; „въ 2-хъ, 5 и 6 случаѣ, смерть исключительно зависѣла отъ этого осложненія; въ одномъ pyelo-nephritis. Исключая двѣ неудачи, можно вывести то заключеніе, что боковая литотомія у дѣтей, если она производится еще при отсутствіи осложненій со стороны мочевыхъ путей, даетъ самые блестящіе результаты“. Наиболѣе частымъ исходомъ послѣ боковаго камнесѣченія было выздоровленіе; изъ 135 случ. только въ 7 осталась фистула и въ 2-хъ недержаніе мочи (стр. 306).

Относительно sectio mediana д-ръ *Веревкинъ* замѣчаетъ, что въ теченіи раны, въ послѣоперaціонномъ періодѣ незамѣтно разницы съ боковымъ сѣченіемъ. Небольшая смертность (6,3%) послѣ операціи объясняется примѣненіемъ Листеровской перевязки.

Sectio alta дѣлалась въ больницѣ, только въ случаяхъ

быстро закрывался, такъ что полное заживленіе наступило у 2-хъ на 19, а у остальныхъ на 18, 17 и 12 д. Теченіе оперированныхъ—почти безлихорадочное.

Во всѣхъ случаяхъ камни были невелики: отъ 10 до 30 гранъ. Всѣ оперированные выздоровѣли вполнѣ.

Шовъ на пузырь не примѣнялся ни разу. Въ виду хорошихъ результатовъ, полученныхъ д-ромъ *Кадіяномъ*, а также въ виду того, что маленькіе паціенты врядъ-ли перенесутъ катетръ à demeure, примѣненіе у нихъ пузырнаго шва можно считать излишнимъ, только затрудняющимъ операцію. При отсутствіи катарра пузыря промываній дѣлать нѣтъ нужды. Оставлять дренажъ долѣе 4-хъ д.—тоже, да и опасно, такъ какъ мочевая инкрустація, образующаяся на немъ, можетъ послужить ядромъ для новыхъ камней.

Замѣчено, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ антисептическая повязка производила упорную экзему вокругъ раны и приходилось вести открытое леченіе, оно нисколько не ухудшало послѣопераціонный періодъ: раны подъ карболовымъ или сулемовымъ компрессами заживали прекрасно.

Д-ръ *Кадіянъ* того мнѣнія, что sectio alta—лучшій методъ литотоміи у маленькихъ дѣтей. „Этотъ методъ удовлетворяетъ всѣмъ условіямъ, которыя только можно требовать отъ литотоміи. О sectio alta у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ я не говорю; мой опытъ не даетъ мнѣ права ставить ее выше боковаго камнесѣченія“ (стр. 62).

Д-ръ *Эберманъ* [59]) въ докладѣ о діагнозѣ и оперативномъ леченіи опухолей пузыря стоитъ за эксплоративное срединное сѣченіе, которое, въ случаѣ нужды, не помѣшаетъ перейти къ высокому. При этомъ послѣднемъ совѣтуетъ примѣнять во время операціи предложенное проф. *Trendelenburg*'омъ положеніе больнаго для лучшаго освѣщенія операціоннаго поля.

Д-ръ *Шмитцъ* [60]) въ своемъ крайне интересномъ сообщеніи о 41 эпицистотоміи, сдѣланныхъ въ дѣтской больницѣ принца Ольденбургскаго, весьма подробно затрогиваетъ вопросъ о значеніи sectionis altae среди другихъ операцій камнесѣченія. Въ виду сказаннаго, остановимся на этомъ докладѣ по подробнѣе.

Прежде всего авторъ разсматриваетъ основательность тѣхъ двухъ возраженій, которыя дѣлаются противниками эпицистотоміи, т. е. раненія брюшины и мочевой инфильтраціи.

Докладчикъ считаетъ первое осложненіе, согласно многимъ другимъ хирургамъ,—«не слишкомъ большой важности, ни-

сколько, однако-же, не умаляя при этомъ истиннаго значенія его“ (стр. 90). Ему самому пришлось наблюдать два раза раненіе брюшины: въ одномъ случаѣ можно допустить раненіе peritonei во время операціи, въ другомъ-же авторъ вполнѣ увѣренъ, что брюшина не была надрѣзана, но что здѣсь произошелъ самопроизвольный разрывъ peritonei. Случай этотъ весьма поучителенъ, а потому цитируемъ его подробно: при объемистомъ камнѣ (7.1×5.4×3.4 сант.) въ 5 grm. вѣсомъ, пришлось разсѣчь почти полъ пузыря; извлеченіе камня было довольно трудно, такъ какъ онъ держался ущемленнымъ подъ симфизомъ. По извлеченіи его, тщательный осмотръ пузыря и операціоннаго поля не обнаружилъ ничего особеннаго; наступившая рвота, окончившаяся совершенно благополучно, еще болѣе убѣждала въ томъ, что операція прошла хорошо. Спустя нѣсколько часовъ, снова приступъ мучительной рвоты и въ незашитой ранѣ брюшной стѣнки выпаденіе петли кишекъ; изслѣдованіе указало на разрывъ брюшины, величиною въ 3 сант. Разрывъ на 1 сант. не доходилъ до верхняго угла пузырной раны, такъ что не составлялъ непосредственнаго ея продолженія. Петля кишекъ вправлена, разрывъ зашитъ и больной выздоровѣлъ.

Вторая невыгодная сторона операціи—мочевая инфильтрація должна считаться весьма опасной. Неразложившаяся моча не опасна для раны; разложившаяся моча при хорошемъ стокѣ можетъ дать ложно дифтеритическій налетъ на ранѣ, поверхностный некрозъ тканей, но никогда не повлечетъ за собой развитія септической флегмоны и общаго зараженія. Другое дѣло, если нѣтъ стока: тогда, застаиваясь въ околопузырной клѣтчаткѣ, къ тому-же пропитанной кровью, столь склонной къ гніенію, моча быстро разлагается и способна вызвать самыя грустныя послѣдствія. „Никто, конечно, не станетъ отрицать, что септическій очагъ, расположенный вблизи самой брюшины, заключаетъ въ себѣ величайшую опасность для жизни“.

Нѣтъ, однако, никакой надобности, чтобы общая септическая инфекція происходила извнѣ, напротивъ—она исходитъ изнутри, со стороны мочеваго пузыря, при чемъ моча является носителемъ септическихъ зародышей. Въ этихъ случаяхъ мы можемъ потерять нашихъ больныхъ въ самый короткій срокъ отъ septicémie foudroyante, при чемъ въ подобныхъ случаяхъ вскрытіе обнаруживаетъ лишь самую ничтожную инфильтрацію кругомъ пузырной раны (стр. 91).

Далѣе авторъ переходитъ къ описанію техники операціи. (См. табл. II).

Д-ръ *Шмитцъ* дѣлитъ весь свой матеріалъ на двѣ группы: операціи до антисептики и при антисептикѣ.

Въ первой—18 случ. съ 10 смертными исходами, т. е. % смертности=44.5%. Изъ этихъ случ. исключено два, гдѣ летальный исходъ зависѣлъ отъ случайныхъ болѣзней, не имѣющихъ никакого отношенія къ эпицистотоміи.

Въ второй группѣ—23 операціи съ 4 смертными исходами, т. е. % смертности=17,4.

Какъ видно, антисептика огромнымъ образомъ повліяла на исходъ операціи въ рукахъ одного и того-же хирурга, при томъ-же самомъ матеріалѣ и всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ; % смертности уменьшился почти въ три раза. Однако, д-ръ *Шмитцъ* все-же считаетъ этотъ % весьма большимъ, и вліяніе антисептики на исходъ sectionis altae не такимъ еще благотворнымъ, какимъ она является въ другихъ операціяхъ.

Всѣ свои случаи авторъ подраздѣляетъ на 4 группы: *первую* (21 случ.), въ которой послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ лихорадки, *вторую* (6 случ.), гдѣ послѣопераціонный періодъ осложнился интензивнымъ peri et paracystitide; въ иныхъ случаяхъ осложненіе это сопровождалось обильнымъ нагноеніемъ и отхожденіемъ омертвѣлыхъ клочковъ околопузырной клѣтчатки; *третью* (7 случ.), гдѣ послѣ операціи весьма скоро обнаруживались явленія перитонита и *четвертую* (5 случ.), въ которой послѣ операціи быстро наступала рвота и смерть въ теченіи перваго или первыхъ дней при явленіяхъ коллапса.

Въ 3-й группѣ случ., быстро оканчивавшихся летально отъ перитонита, вскрытіе обыкновенно обнаруживало явленія воспаленія брюшины, лишь слабо выраженныя; почти исключительно поражался только брюшинный покровъ пузыря; конечно, сюда не относится случай, гдѣ была поранена брюшина. Въ 4-й группѣ случ., гдѣ при явленіяхъ рвоты быстро наступалъ коллапсъ и смерть въ почти безлихорадочномъ послѣопераціонномъ періодѣ, вскрытіе обыкновенно давало отрицательные результаты: ни воспаленія брюшины, ни пери- и парацистита; измѣненія-же въ почкахъ, по большей части, сравнительно ничтожны.

Сопоставляя эти двѣ группы, въ которыхъ печальный исходъ мало объяснялся данными вскрытія, д-ръ *Шмитцъ* приходитъ къ заключенію, что такой исходъ единственно зависѣлъ отъ септицэміи въ острѣйшей формѣ.

Зараженіе не могло быть занесено извнѣ (въ палатахъ не

было случаевъ септицэміи), слѣдовательно оно началось изнутри, со стороны полости пузыря. На основаніи этого—позволительны слѣдующіе выводы: 1) что большинство паціентовъ, умершихъ послѣ высокаго камнесѣченія, были прямою жертвою операціи и 2) что причина смерти въ большинствѣ случаевъ была септицэмія (стр. 96).

Какимъ-же путемъ мы можемъ гарантировать своихъ оперированныхъ отъ этой септицэміи, берущей свое начало изъ полости пузыря? Гарантіей и защитой является шовъ.

Авторъ былъ сперва противникомъ шва, но затѣмъ, на основаніи литературныхъ справокъ, а также своихъ 2-хъ наблюденій (см. табл. II), гдѣ хотя шовъ и разошелся, но наступило полное выздоровленіе, склоняется въ пользу наложенія шва при sectio alta.

Шить слѣдуетъ не во всѣхъ случаяхъ; при высокой степени катарра пузыря и особенно тонкой его стѣнкѣ, шовъ не долженъ быть примѣненъ.

Заканчивая свое сообщеніе сравнительной оцѣнкой операцій при каменной болѣзни, докладчикъ того мнѣнія: *a*) литотрипсія въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ быть примѣнена лишь въ исключительныхъ случаяхъ, да и то у дѣвочекъ; *b*) боковая литотомія даетъ у взрослыхъ смертность около 22%, а у дѣтей лишь около 7%, *c*) срединное сѣченіе, вслѣдствіе еще малаго числа опубликованныхъ случаевъ, разграничить трудно; по *Allarton* у взрослыхъ % смертности=12.5, а у дѣтей=$3^1/_2$; также и у *Häusinger* [61]). Срединное сѣченіе даетъ лучшій %, чѣмъ боковое, но примѣнять его у дѣтей должно не ранѣе 8 года и при камняхъ не болѣе 2-хъ сант. въ діаметрѣ.

Высокое камнесѣченіе даетъ идеальное выздоровленіе. Преимущества операціи передъ всѣми другими—велики, но % смертности при ней превышаетъ смертность при всѣхъ другихъ методахъ и если не удасться понизить этого процента, то придется отказаться отъ столь выгодной операціи. Однако, слѣдуетъ думать, что при соблюденіи самыхъ строгихъ правилъ антисептики, дѣло до этого не дойдетъ.

Д-ръ *Эберманъ* [62]), исходя изъ того, что мочевая инфильтрація весьма опасна, способы, предложенные съ цѣлью избѣжать ее — ненадежны, а именно: операція въ два пріема, boutonnière, дренажи—не удовлетворяютъ цѣли, положеніе на животѣ примѣнимо только у взрослыхъ, шовъ рѣдко удается, предложилъ свой способъ ухода за раной пузыря. Объ этомъ подробно—ниже.

Проф. *Синицынъ* [63]) въ своемъ сообщенiи является защитникомъ боковой литотомiи.

Докладчикъ того мнѣнiя, что основные методы леченiя каменной болѣзни — камнесѣченiе и камнедробленiе — вполнѣ разработаны, какъ со стороны техники, такъ и показанiй; вотъ почему задача современной хирургiи, владѣющей такимъ могучимъ способомъ, какъ антисептика, должна лишь заключаться въ дальнѣйшей разработкѣ вопроса о наилучшемъ веденiи послѣоперацiоннаго перiода.

Однако, стремленiя хирурговъ приложить вполнѣ антисептическiй методъ къ камнесѣченiю выдвинули вопросъ о забытой sectio alta, при чемъ погоня за новизной побуждаетъ отступать отъ выработанныхъ опытомъ показанiй.

При рѣшенiи вопроса о бо̀льшей выгодѣ того или другаго способа камнесѣченiя остаются въ силѣ выработанныя до сихъ поръ показанiя для дробленiя, и приступать къ камнесѣченiю позволительно лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ камнедробленiе противупоказуется.

Основываясь на своемъ матерiалѣ *) (154 боковыхъ камнесѣченiй съ 7 смертными исходами, т. е. % смертности = 4,55), проф. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: собственно операцiя только однажды была прямой причиной смерти (peri et paracystitis отъ затековъ мочи); въ остальныхъ же случаяхъ 2 раза наблюдался pyelonephritis, 2 раза—кистовидное перерожденiе почекъ, 1 разъ — бугорчатка почекъ и легкихъ и 1 разъ—почечные камни съ глубокими измѣненiями въ почкахъ.

Такой блестящiй результатъ полученъ при соблюденiи слѣдующихъ предосторожностей: *a*) крайне осторожнаго извлеченiя камня и *b*) соблюденiя особаго выработаннаго метода послѣдовательнаго за операцiей леченiя. Этотъ методъ состоитъ: *1*) въ промыванiи пузыря карболовымъ растворомъ, *2*) въ дренажѣ пузыря, который защищаетъ рану отъ химически измѣненной мочи, *3*) въ тампонадѣ раны кругомъ дренажа тампонами, смоченными въ смѣси iодовой настойки съ глицериномъ и обсыпанныхъ iодоформомъ, который поддерживаетъ асептическое состоянiе раны и *4*) ежедневномъ смазыванiи—2, 3 раза—гранулирующей поверхности до заживленiя

---

*) По возрасту оперированные распредѣлились такъ: отъ 1 до 10 л. (72 случ.) % смертности=0; отъ 10 до 20 л. (51 случ.), %=7,8; отъ 20 до 30 л. (25), %=12; отъ 30 до 40 и отъ 50 до 60 л. (6 случ.), %=0.

крѣпкой t. jodi, что имѣетъ цѣлью достиженія того же асептизма раны.

Отсюда видно, говоритъ почтенный профессоръ, что недостатки, приписываемые боковой литотоміи,— преувеличены. Кровотеченіе наблюдалось рѣдко (автору всего лишь два раза пришлось имѣть съ нимъ дѣло), останавливается легко. Раненіе прямой кишки встрѣчается чаще (у автора—6 разъ), но не опасно, такъ какъ не ведетъ ни къ чему болѣе, какъ къ замедленію полнаго заживленія. Раненіе ductus ejaculatorii—продуктъ воображенія, образованіе свищей наблюдается крайне рѣдко, недержаніе мочи не встрѣтилось ни разу. Большой % смертности—по *Thompson*'у для дѣтей 13%, а съ увеличеніемъ возраста до 20 и болѣе—падаетъ до минимума при соблюденіи антисептическихъ пріемовъ въ послѣопераціонномъ періодѣ.

Вотъ почему онъ не видитъ преимущества высокой литотоміи передъ боковой. Преимущества первой операціи заключаются единственно въ возможности извлеченія весьма большихъ камней, но за то вмѣстѣ съ извлеченіемъ большихъ камней „и больные вычеркиваются изъ списка живыхъ". Другихъ преимуществъ нѣтъ, такъ какъ швъ пузыря не всегда даетъ первое натяженіе; кромѣ того бываютъ такіе случаи концентрической гипертрофіи пузыря, гдѣ нетолько невозможно примѣнить швъ, но и пришить края пузыря къ краямъ брюшной раны, какъ это предложилъ д-ръ *Эберманъ*.

Въ происшедшихъ за этимъ сообщеніемъ дебатахъ, между присутствующими на Съѣздѣ хирургами оказались защитники всѣхъ методовъ камнесѣченія.

Проф. *Кузьминъ* — сторонникъ срединнаго сѣченія; д-ръ *Надеждинъ* — тоже; считаетъ эпицистотомію умѣстной исключительно при большихъ камняхъ.

Д-ръ *Макавѣевъ* говоритъ за высокое камнесѣченіе, такъ какъ только при немъ, при условіи наложенія пузырнаго шва, возможна полная антисептика; что касается шва, то по его мнѣнію слѣдуетъ накладывать этажный.

Кромѣ того онъ полагаетъ, что вопросъ о наилучшемъ методѣ камнесѣченія возможно рѣшить только путемъ статистическаго изслѣдованія; этому послѣднему всего болѣе могутъ помочь земскіе врачи, которые опубликованіемъ своихъ многочисленныхъ наблюденій имѣютъ полную возможность „уменьшить ту разницу, какая существуетъ между статистическимъ матеріаломъ для того и другаго способа" (стр. 65).

Д-ръ *Воблый* вполнѣ согласенъ съ мнѣніемъ проф. *Синицына*, что противники боковой литотоміи значительно пре-

увеличиваютъ недостатки sectionis lateralis. Онъ доволенъ результатами сдѣланныхъ имъ боковыхъ литотомій; при чемъ хорошій исходъ получается и при неполномъ соблюденіи дезинфекціи раны, такъ какъ, напр. у маленькихъ дѣтей, особенно капризныхъ, она невсегда примѣнима.

Д-ръ *Евсѣенко* вполнѣ доволенъ результатами своихъ 30 боковыхъ камнесѣченій. На это число получены: 1 свищъ, 2 раненія прямой кишки и 1 случай недержанія мочи. Свищъ и раненія прямой кишки окончились выздоровленіемъ, недержаніе же мочи осталось неизлеченнымъ. Что касается sectionis altae, то имъ произведено (2 раза), также и высокое камнесѣченіе, но послѣопераціонный періодъ былъ настолько тяжелъ, что онъ отказался отъ этой операціи.

Д-ръ *Евсѣенко* обращаетъ вниманіе товарищей на подготовительное леченіе больныхъ, подлежащихъ операціи; всякія промыванія пузыря, его дезинфекція, могутъ быть съ успѣхомъ замѣнены простымъ исправленіемъ мочи внутренними средствами, какъ-то: mag. borocit., acid. boric., naphtalin. и т. д. *).

Проф. *Монастырскій* [64]) упоминаетъ о 2-хъ случ. эпицистотоміи съ наложеніемъ пузырнаго шва. Въ одномъ получено первое натяженіе, въ другомъ швовъ разошелся на 6 д. Защитники этого шва обыкновенно считаютъ достаточнымъ, если швовъ продержитъ хоть три дня, такъ какъ образующаяся за это время грануляціонная ткань вполнѣ защищаетъ отъ мочевыхъ затековъ, но самъ не раздѣляетъ этого мнѣнія и въ послѣднемъ случаѣ опасается за исходъ своего оперированнаго.

Проф. *Склифосовскій* того мнѣнія, что хотя вопросъ о высокомъ и боковомъ камнесѣченіяхъ, поставленный на Съѣздѣ, и вызвалъ нѣсколько интересныхъ сообщеній, но „къ сожалѣнію, нужно признаться, что каждый изъ насъ не вынесетъ изъ аудиторіи вполнѣ опредѣленнаго представленія о томъ, какому же изъ способовъ оперированія слѣдуетъ отдать предпочтеніе“. Отвѣтъ на это можно дать только путемъ статистической и анатомической разработки вопроса о камнесѣченіи.

Sectio alta и mediana, по анатомическому своему строенію, проще и легче боковой литотоміи. Эпицистотомія нуждается еще въ разработкѣ техники операціи; особенно это касается до пузырнаго шва. Въ 3-хъ своихъ случ., гдѣ онъ

---

*) Интересующихся этимъ вопросомъ, т. сказ.—*внутреннимъ исправленіемъ мочи* — отсылаемъ къ статьѣ д-ра *Евсѣенко*. „Медицин. Вѣст.“ 1884 г.

не получилъ перваго натяженія, причина неуспѣха, вѣроятно, лежала въ несовершенствѣ оперативнаго метода.

Этимъ закончились на 1-мъ Съѣздѣ разсужденія о высокой литотоміи.

Какъ мы видимъ, Съѣздъ не пришелъ къ какому либо опредѣленному выводу, и вопросъ о выборѣ того или другаго оперативнаго метода камнесѣченія, обогатившійся нѣсколькими новыми фактами, долженъ былъ считаться такимъ же открытымъ, какимъ онъ былъ и до Съѣзда. Это хорошо было сознано членами Съѣзда и проф. *Синицынъ*, предсѣдатель слѣдующей секціи хирургіи, 29-го декабря вернулся снова къ вопросу о литотоміи. Считая, что тотъ или другой отвѣтъ на затронутый Съѣздомъ вопросъ можетъ быть разрѣшенъ только путемъ статистическимъ, при помощи огромнаго матеріала провинціальныхъ врачей, онъ предложилъ секціи выбрать коммиссію, которая выработала бы программу для собиранія нужныхъ свѣдѣній по заранѣе опредѣленному плану.

Предложеніе было принято и большинствомъ голосовъ выбраны въ коммиссію: проф.: *Коломнинъ*, *Склифосовскій*, *Синицынъ* и д-ръ *Эберманъ*.

Въ 1886 году, кромѣ вышеприведенныхъ докладовъ, сдѣланныхъ на Съѣздѣ и затѣмъ напечатанныхъ преимущественно въ „Хирур. Вѣстникѣ", мы встрѣчаемъ въ литературѣ не мало работъ по вопросу объ эпицистотоміи; это исключительно казуистическія сообщенія д-ровъ: *Акимова* [65]), *Асмута* [66]), *Васильева* [67]), *Войно* [68]), *Миславскаго* [69]), *Пенкина* [70]), *Подреза* [71]), *Путохина* [72]), *Розенбаума* [73]), *Соколова* [74]), *Соломка* [75]), *Тиллинга* [76]).

Д-ръ *Акимовъ* по поводу своего случая эпицистотоміи высказываетъ мнѣніе, что прежній большой % смертности послѣ операціи не выдерживаетъ критики, особенно же въ виду хорошихъ результатовъ операціи за послѣднее время.

Ничего нѣтъ удивительнаго, что % смертности былъ великъ, оперировались высокимъ разрѣзомъ случаи тяжелые, другіе методы литотоміи были непримѣняемы; при такихъ условіяхъ нельзя было и разсчитывать на хорошій исходъ операціи.

Между тѣмъ sectio alta—операція безопасная и обезпечиваетъ намъ успѣхъ; поранить брюшину при современной техникѣ едва ли возможно, мочевой же инфильтраціи нечего

бояться, такъ какъ она не такъ то легко происходитъ *), къ тому же дренажъ пузыря вполнѣ хорошо гарантируетъ оперированнаго отъ затековъ.

Шовъ пузыря врядъ ли долженъ быть накладываемъ, такъ какъ онъ: во 1-хъ, плохо держитъ вливаемую въ пузырь жидкость (опытъ автора съ кошачьимъ пузыремъ: при небольшихъ количествахъ—жидкость просачивалась черезъ швовъ каплями, при большихъ же количествахъ—шовъ разрывался), во 2-хъ, способствуетъ застаиванію, а слѣдовательно, и разложенію мочи въ пузырѣ и въ 3-хъ, не можетъ дать заживленію раны per primam, такъ какъ для этого нѣтъ благопріятныхъ условій; даже при самомъ осторожномъ извлеченіи камня края пузырной раны ушибаются. Все это говоритъ противъ примѣненія пузырнаго шва.

Д-ръ *Асмутъ* сообщаетъ весьма интересное наблюденіе, гдѣ черезъ 7 мѣс. послѣ счастливо окончившагося высокаго камнесѣченія съ наложеніемъ шва на рану пузыря, оперированный заявилъ, что нѣсколько дней тому назадъ онъ почувствовалъ разстройства въ испражненіи мочи, которыя прошли послѣ того, какъ per urethram вышелъ камешекъ. Оказалось, что это была петля шва, около которой образовались инкрустаціи мочевыхъ солей.

Д-ръ *Войно*, въ докладѣ Об-ву Одесскихъ врачей по поводу своего случая эпицистотоміи, ставитъ для операціи слѣдующія показанія: *a*) большіе камни пузыря у дѣтей, *b*) камни инкапсулированные или засѣвшіе въ дивертикулахъ мочеваго пузыря, *c*) гипертрофія простаты, мѣшающая введенію въ пузырь литотриптора, *d*) калезныя съуженія уретры, *e*) присутствіе въ пузырѣ рядомъ съ камнемъ новообразованій—carcinoma, papilloma, *f*) патологическіе процессы почекъ: pyelonephritis, истощеніе больнаго.

Д-ръ *Соломка*, сообщая о своихъ двухъ операціяхъ высокаго камнесѣченія, упоминаетъ уже о 131 эпицистотоміяхъ, опубликованныхъ въ Россіи. Изложивъ свои случаи, авторъ нѣсколько останавливается на тѣхъ способахъ ухода за раной пузыря, которые практикуются хирургами, а именно: *a*) шовъ пузыря, *b*) дренажъ пузыря, *c*) дренажъ только предпузырнаго пространства, *d*) сшиваніе краевъ раны пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. Въ заключеніе, видитъ преимущества

---

*) Д-ръ *Акимовъ*, относительно трудности происхожденія мочевыхъ затековъ, придерживается вышеуказаннаго нами взгляда д-ра *Попова*.

операціи въ: *a*) простотѣ техники, *b*) весьма маломъ кровотеченіи, *c*) легкости извлеченія камня и *d*) возможности при операціи самого тщательнаго и подробнаго изслѣдованія пузыря, особенно, если примѣнить освѣщеніе его по способу *Trendelenburg*'а.

Д-ръ *Тилингъ* настоятельно рекомендуетъ товарищамъ примѣненіе практикуемаго имъ этажнаго пузырнаго шва (нижній узловатый, верхній непрерывный); въ 2-хъ случ. такой шовъ далъ заживленіе per primam.

Слѣдующій (1887) годъ снова важенъ для оцѣнки высокаго камнесѣченія. На 2-мъ съѣздѣ Московско-Петерб. Медиц. Общества въ память *Н. И. Пирогова* эпицистотомія служитъ предметомъ весьма важныхъ сообщеній и оживленныхъ преній, для которыхъ пришлось даже назначить экстренное засѣданіе.

Въ виду интереса, разсмотримъ подробно какъ доклады, бывшіе на Съѣздѣ, такъ и пренія между защитниками того или другаго метода камнесѣченія.

Первымъ выступилъ д-ръ *Березкинъ* [77]) съ докладомъ о 59 случ. у дѣтей, произведенныхъ д-ромъ *Иршикомъ* въ Московской больницѣ Св. Владиміра съ 1884 по 1886 гг.

Операція примѣнялась при всякихъ камняхъ, только особенно маленькія удалялись срединнымъ разрѣзомъ, и производилась при строго антисептической обстановкѣ, за исключеніемъ немногихъ случаевъ, оперированныхъ до 1884 года.

Послѣ операціи всегда накладывался шовъ по *Максимову*; шовъ узловатый, иногда поверхъ его непрерывный кэтгутомъ. Въ 20 случ. шовъ замыкалъ вполнѣ рану, въ 39 онъ накладывался только по угламъ и, въ оставшееся несшитымъ отверстіе, вставлялся дренажъ.

Первый способъ ухода за пузырной раной практиковался лишь только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пузырь былъ относительно здоровъ. Тогда примѣнялся и катетръ à demeure; онъ оставался среднимъ числомъ 4 дня. Рана брюшной стѣнки сшивалась до нижняго угла, куда вставлялся дренажъ, поверхъ антисептическая повязка.

Въ 7 случ. получена prima; въ остальныхъ, хотя моча и продолжала вытекать черезъ рану, но замѣчено, что выздоровленіе наступало быстро, въ 2—3 недѣли. Просачиваніе мочи наружу начиналось не раньше 2-хъ сутокъ, и не позже 14-ти; часто стѣнки катетра покрывались солями и вызывался уретритъ.

Второй способъ, т. е. дренажъ пузыря, сшитаго не на

всемъ протяженіи и простая повязка изъ сублимированной марли и гигроскопической ваты, примѣнялся въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заболѣваніе пузыря было значительно. Дренажъ удалялся на 5—9 д., самое раннее на 2, позднее на 19 д. Въ 3-хъ случ., кромѣ дренажа, пришлось примѣнить и катетръ à demeure, такъ какъ рана пузыря была очень низка. Т-ра только въ 9 случ. была нормальна; выздоровленіе чаще всего черезъ мѣсяцъ, одинъ только разъ черезъ 16 дней.

При первомъ способѣ умерло 3, при второмъ—5. Смертельный исходъ въ первой группѣ зависѣлъ: въ 1 случ. на 4 д. послѣ операціи, отъ затека мочи, который вызвалъ pericystitidem purul, а можетъ быть и воспаленіе брюшины, (вскрытія не было); во 2-мъ случ. отъ жироваго перерожденія сердца, и такъ какъ никакихъ другихъ патологическихъ измѣненій не найдено, то вѣроятно смерть произошла или отъ шока (очень поздно,—3 д.), или отъ быстротечнаго сепсиса; въ 3-мъ случ. отъ pyelonephritidis на 8 д. послѣ операціи; pyelonephritis былъ и раньше. Во второй группѣ летальный исходъ зависѣлъ отъ воспаленія брюшины и околопузырной клѣтчатки (1), катар. пневмоніи и катарра кишекъ (1), катарра кишекъ (2), скарлатины и кори, къ которымъ присоединилась и pneumonia catarrhalis (1). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ рана послѣ эпицистотоміи вполнѣ зарубцевалась.

При выполненіи операціи два раза пораненъ peritoneum, но оба раненія не вызвали воспаленія брюшины. Кровотеченіе вообще было очень незначительно; лишь нѣсколько разъ пришлось наложить пинцеты на кровоточащіе сосуды брюшной стѣнки и однажды на сосудъ стѣнки пузыря.

Въ общемъ изъ 59 оперированныхъ умерло—8 (13,6%); но изъ этого числа мы должны исключить 3-хъ умершихъ отъ случайныхъ причинъ (скарлатина при зарубцевавшейся ранѣ, кровавый поносъ и катарральная пневманія черезъ два мѣс. послѣ операціи); кромѣ того д-ръ *Березкинъ* исключаетъ еще два случая, гдѣ смертельный исходъ былъ только ускоренъ операціей, а именно: при зажившей первымъ натяженіемъ пузырной ранѣ одинъ умеръ отъ гнойнаго нефрита, другой—отъ гнойнаго цистита, такъ что % смертности въ этихъ 59 случ. эпицистотоміи равенъ 5.

Замѣчено, что на % смертности имѣетъ большое вліяніе возрастъ больныхъ; изъ 33-хъ оперированныхъ моложе 5-ти л. умерло 7 (3 отъ операціи), а изъ 26-ти старше 5-ти л. только 1 и то отъ скарлатины.

Сопоставляя % смертности при sectio alta у другихъ авторовъ (*Günther*—23%, *Flury* — 20, *Garcin* — 14, *Dulles* — 21,

новѣйшіе хирурги—23, *Шмитцъ*—38,6, *Иршикъ* до 1884 г.—29,2) съ полученнымъ результатомъ, д-ръ *Березкинъ* сожалѣетъ, что въ только что приведенномъ статистическомъ матеріалѣ неизвѣстно: исключены ли случаи, которыхъ летальный исходъ зависѣлъ не отъ операціи, а отъ причинъ случайныхъ; мало того, въ этомъ матеріалѣ (случ. *Шмитца*, *Иршика*) много операцій доантисептическаго періода, каковыя не могутъ въ настоящее время быть взяты въ разсчетъ для оцѣнки эпицистотоміи.

Все сказанное даетъ право сдѣлать д-ру *Березкину* слѣдующіе выводы: *a*) къ высокому камнесѣченію должно прибѣгать гораздо чаще, чѣмъ это дѣлалось прежде; *b*) % смертности при эпицистотоміи въ сообщенныхъ имъ случаяхъ не больше, чѣмъ %, получаемый въ той же больницѣ при другихъ методахъ камнесѣченія; *c*) пораненія брюшины — рѣдки и не опасны; *d*) благодаря шву пузыря, разрѣзъ часто заживаетъ per primam, что гарантируетъ отъ затековъ мочи и *e*) какой лучше накладывать швъ остается пока невыясненнымъ.

Только что реферированный докладъ д-ра *Березкина* является для насъ особенно цѣннымъ. Помимо своего интереса, докладъ живо рисуетъ намъ, какъ рѣзко измѣнился взглядъ на леченіе каменной болѣзни въ одной и той же больницѣ. Если мы припомнимъ отчетъ д-ра *Веревкина* о камнесѣченіяхъ въ той же больницѣ за періодъ 1876—1884 гг., то увидимъ: *a*) тогда наилучшимъ методомъ камнесѣченія считалась боковая литотомія; *b*) sectio alta примѣнялась только при большихъ камняхъ, когда нельзя было безъ риска выполнить боковое камнесѣченіе; *c*) тогда эпицистотомія примѣнялась только у дѣтей очень маленькихъ, теперь совсѣмъ наоборотъ: наблюденіе показываетъ, что % смертности получается значительно бо́льшій въ возрастѣ до 5 л., въ возрастѣ же старше 5 л. % смертности = 0; *d*) тогда сдѣланъ выводъ, что летальные исходы зависятъ отъ быстро развивающагося перитонита, какъ слѣдствія операціи, теперь воспаленія брюшины не боятся, такъ какъ, даже въ случаѣ раненія peritonei, оно не наблюдается и *e*) тогда высокое камнесѣченіе, не смотря на свои преимущества, было признано очень опасной операціей и оставлено, теперь же оно возведено въ господствующій методъ.

Какъ видно, разница въ оцѣнкѣ операціи — поразительная. Чѣмъ объяснить ее? Неужели только модой, поисками за дешевой славой, какъ это всегда говорятъ противники высокаго камнесѣченія? Конечно, нѣтъ! Во всемъ этомъ нельзя заподозрить такого опытнаго хирурга, какъ д-ръ *Иршикъ*,

оперирующій камни по всѣмъ методамъ и насчитывающій свои литотоміи сотнями. Очевидно, что такой рѣзкій переворотъ во мнѣніи относительно высокой литотоміи, произошелъ на основаніи вѣскихъ мотивовъ, тщательныхъ наблюденій и строго научнаго анализа имѣющагося матеріала; а разъ этотъ анализъ сдѣланъ,—понятна побѣда срединной и высокой литотоміи надъ боковымъ камнесѣченіемъ.

Послѣ этого небольшаго отступленія продолжаемъ дальше.

Д-ръ *Никольскій* [78]), основываясь на личномъ опытѣ*), а также матеріалѣ, собранномъ въ 4-хъ московскихъ больницахъ, отчетахъ д-въ *Дьяконова, Веревкина* и на литературныхъ справкахъ, прежде всего высказывается за камнедробленіе, какъ за операцію идеальную.

Къ сожалѣнію, камнедробленіе безъ камнесѣченія существовать не можетъ, такъ какъ случаи камней, подходящіе для камнедробленія, попадаются рѣдко. Обыкновенно калькулезные обращаются къ хирургу поздно, когда у дѣтей уже разовьется значительное несоотвѣтствіе между величиной камня и уретрой, а у взрослыхъ — когда камень успѣетъ вызвать явленія тяжкаго катарра пузыря, при которомъ камнедробленіе противупоказуется.

Переходя къ оцѣнкѣ способовъ камнесѣченія, докладчикъ указываетъ, что каждый изъ способовъ имѣетъ своихъ защитниковъ, и современная школа московскихъ хирурговъ оперируетъ по всѣмъ тремъ методамъ.

При надлобковомъ разрѣзѣ д-ръ *Никольскій* видитъ главную опасность не въ раненіи брюшины, чего при соблюденіи правилъ, выработанныхъ техникой, можно избѣжать, а въ травмѣ фасціи *Velpeau* и въ томъ, что рана брюшной стѣнки не соотвѣтствуетъ разрѣзу пузыря, который, спавшись послѣ операціи, располагается подъ лоннымъ соединеніемъ. Здѣсь то какъ разъ помѣщается и предпузырная клѣтчатка, инсультируемая во время операціи весьма сильно. Вотъ условія для мочевой инфильтраціи. Этой послѣдней не могутъ помѣшать антисептическая повязка и швъ пузыря, которымъ при эпицистотоміи придается такъ много значенія.

Первая не можетъ оказать всего своего вліянія, такъ

---

*) 8 камнедробленій (1 смерт. исходъ), 82 litotom. lateral. (11 смер.), 2 срединныхъ камнесѣченія и 2 высокихъ (1 смерть). Вмѣстѣ съ вышеперечисленнымъ матеріаломъ всего: 318 боковыхъ (30 смер. исходовъ), 29 срединныхъ (1 смерть) и 51 случ. высокихъ литотомій (13 смер. исходовъ).

какъ, при только что сказанномъ условіи спавшагося пузыря, помѣщающагося глубоко за лономъ, при несоотвѣтствіи раны пузыря съ раной брюшной, моча, прежде чѣмъ попасть въ повязку, изливается въ ушибленную околопузырную клѣтчатку. Второй не удовлетворяетъ своей цѣли, такъ какъ онъ рѣдко даетъ первое натяженіе. „Не смѣю, но хочу думать, что при такомъ несоотвѣтствіи едва-ли, по крайней мѣрѣ часто, наложеніе шва можетъ дать первичное натяженіе“ (стр. 39).

Слѣдуетъ еще отмѣтить то неудобное при высокомъ камнесѣченіи положеніе хирурга, когда ему приходится дробить камень (сверху—внизъ); при сказанномъ положеніи сильно ушибаются края раны пузыря и фасція *Velpeau*.

Срединное камнесѣченіе, не менѣе излюбленное за последнее время, должно быть примѣняемо при извѣстной величинѣ камня. Ссылаясь на *Tillaux* (стр. 777), авторъ того мнѣнія, что извлеченіе камней болѣе 3-хъ сант. въ поперечникѣ можетъ повлечь за собой разрывъ capitis gallinaginis, ductus ejaculatorii, — обстоятельства, служащія большимъ упрекомъ боковой литотоміи. Sectio mediana показана при маленькихъ и средней величины камняхъ, но такіе камни слѣдуетъ дробить.

При боковой литотоміи являются слѣдующія опасности:

1) Она, говорятъ, производится наизустъ. Слѣдуетъ оперировать на глазъ, какъ это дѣлалъ въ Москвѣ д-ръ *Гаагъ* или дѣлаетъ проф. *Синицынъ*.

2) Обильныя кровотеченія; поперечная и луковичная артеріи ранятся только при неправильномъ разрѣзѣ; ar. pudenda com. ранится только при аномаліи ея хода.

3) Бо́льшій, чѣмъ слѣдуетъ, разрѣзъ предстательной железы и шейки пузыря исключается при знаніи анатоміи и, если возможно, знаніи величины простаты, вниманіи къ своимъ дѣйствіямъ и къ своему инструменту.

4) Раненіе брюшины—болѣе возможно у дѣтей, гдѣ брюшинная складка спускается по задней поверхности пузыря до prostata; у взрослыхъ складка peritonei не спускается такъ низко, и при боковомъ разрѣзѣ шейки пузыря можно безъ всякой опасности дѣлать разрѣзъ на цѣлую $^1/_4$ дюйма черезъ основаніе простаты на дно мочеваго пузыря (Hyrtl). Докладчикъ полагаетъ, что опасность эта все же велика.

5) Опасность раненія луковицы—велика; у дѣтей кровотеченіе луковичное—рѣдкость, у взрослыхъ наблюдается довольно часто; слѣдуетъ объ этомъ помнить.

6) Раненіе recti—устраняется при соблюденіи правилъ разрѣза простаты и

7) раненіе capitis gallinaginis et duct. ejaculatorii весьма возможно.

Подводя итогъ, д-ръ *Никольскій* того мнѣнія, что всѣ виды камнесѣченія опасны въ анатомическомъ и не безукоризненны въ техническомъ отношеніи; современный хирургъ, однако, долженъ владѣть всѣми тремя способами литотоміи, такъ какъ каждая изъ нихъ имѣетъ свое опредѣленное показаніе. Вотъ они:

1) Если камень великъ и гладокъ, а моча (относительно) нормальна, если хирургъ имѣетъ надежду вынуть камень быстро,—показуется sectio alta.

2) Если моча щелочной реакціи, камень и не великъ, но лежитъ въ дивертикулѣ,—показана sectio alta.

3) Если камень не великъ, больной взрослый, показуется срединное камнесѣченіе.

4) Если стѣнка пузыря гипертрофирована,—боковое.

5) Если камень и не великъ, но моча щелочной реакціи, съ противнымъ амміачнымъ запахомъ и содержитъ много слизи, гноя,—словомъ, если мочевой пузырь играетъ роль гнойника,—показана только боковая литотомія; при ней одной можетъ быть данъ мочѣ полный стокъ безъ остатка.

6) Если камень шероховатъ и такой величины, что его необходимо раздробить,—боковое камнесѣченіе.

7 и *8*) У стариковъ, ради ихъ анатомическихъ особенностей мочевыхъ путей,—предпочтительна sectio alta; если же и здѣсь пузырь напоминаетъ собою гнойникъ, то показуется тоже боковая литотомія.

9) У дѣтей пригодны всѣ способы, что стоитъ въ зависимости отъ анатомическихъ особенностей ихъ мочевыхъ путей, а также и неуловимой возрастной жизненности. У дѣтей въ 11 случаяхъ боковой литотоміи докладчикъ имѣлъ первое натяженіе черезъ сутки послѣ операціи, и вся моча шла нормальнымъ путемъ.

10) При мочевыхъ фистулахъ показано то камнесѣченіе, въ области котораго находится эта фистула (стр. 42).

Проф. *Склифосовскій* [79]), извѣстный защитникъ надлобковаго камнесѣченія, предложилъ новый шовъ пузыря, о которомъ ниже.

Въ своемъ интересномъ докладѣ проф. указываетъ, что къ пузырю съ тою или другою цѣлью можно подойти либо путемъ естественнымъ, либо искусственнымъ: черезъ промеж-

ность и надлобковую область. Путь естественный, не смотря на возраженія нѣкоторыхъ хирурговъ, всегда будетъ избранъ при соотвѣтственныхъ показаніяхъ; при тѣхъ же условіяхъ всегда будетъ примѣняться и камнесѣченіе. Какое же предпринять?

Боковое, освященное опытомъ, неудобно въ силу своей анатомической несостоятельности, а также и въ силу тѣхъ послѣдствій, которыми она иногда сопровождается *).

Срединное сѣченіе имѣетъ за собою большія преимущества, но, къ сожалѣнію, путь черезъ предстательную часть шейки допускаетъ прохожденіе только въ извѣстныхъ границахъ: растяженіе свыше $3^1/_2$ сант. можетъ повлечь за собой разрывъ капсулы и самой простаты, что нежелательно.

Эти то условія, а также и стремленія новѣйшей хирургіи добиваться, гдѣ только можно, перваго натяженія — естественнаго заживленія раны—побуждаютъ насъ обратить вниманіе на надлобковое сѣченіе пузыря съ послѣдовательнымъ швомъ, на этотъ, по выраженію проф. *Volkmann*'а „идеальный и наилучшій способъ“!

Остановившись нѣсколько на странной судьбѣ эпицистотоміи, не имѣвшей успѣха, благодаря двумъ основнымъ положеніямъ противниковъ: раненія брюшины и мочевой инфильтраціи, казавшихся раньше дѣйствительно довольно вѣскими, проф. указываетъ, что въ настоящее время эти возраженія потеряли свою силу. Раненіе брюшины неопасно и можетъ быть избѣгнуто правильной техникой операціи. Примѣненіе кольпейринтера и наливаніе пузыря поднимаютъ брюшинную складку иногда до 8 сант. надъ лоннымъ соединеніемъ, что вполнѣ гарантируетъ насъ отъ ея пораненія; если же она встрѣтится при операціи, то ясно замѣтна и потому можетъ быть пощажена.

Возраженія нѣкоторыхъ, что при эпицистотоміи мало мѣста, хирургу приходится работать въ глубинѣ узкой раны,— неосновательны, такъ какъ при условіи хорошей анэстезіи края раны брюшной стѣнки легко раздвигаются и поле операціи—передъ глазами. Примѣненіе же способа освѣщенія по *Trendelenburg*'у и употребленіе шелковыхъ лигатуръ съ боковъ предполагаемаго разрѣза пузыря дѣлаютъ осмотръ, доступъ къ нему, весьма легкимъ; при этихъ условіяхъ наложеніе пузырнаго шва—не трудно.

---

*) Смотри статью проф. *Склифосовскаго* въ „Лѣтописи Хирургич. Об-ва“ 1885 г.

Мочевая инфильтрація не можетъ служить возраженіемъ противъ эпицистотоміи, такъ какъ первое натяженіе—результатъ шва—достаточная гарантія; если же до вскрытія пузыря примѣнить тщательное обеззараживаніе и вымываніе пузыря, то опасность случайнаго попаданія гнойной и измѣненной мочи въ околопузырную клѣтчатку устраняется.

По наложеніи предлагаемаго проф. этажнаго шва, вставляется катетръ à demeure, что у взрослыхъ вполнѣ возможно, у дѣтей—нѣсколько труднѣе; связавъ имъ руки и ноги, можно все таки удержать катетръ 2, 3 дня. На рану брюшной стѣнки—швовъ и дренажъ въ нижнемъ углу.

Тотъ фактъ, что у собакъ швовъ пузыря даетъ почти всегда заживленіе первымъ натяженіемъ, вѣроятно объясняется анатомической особенностью ихъ пузыря, одѣтаго со всѣхъ сторонъ брюшиной, эластическія свойства которой и обусловливаютъ это срощеніе. Такое предположеніе подтверждается и наблюденіями: у женщинъ случайныя раненія пузыря при извлеченіи опухолей изъ полости брюшины заживаютъ подъ швомъ всегда первымъ натяженіемъ. *Все это наводитъ на мысль допустить у человѣка сѣченіе той части пузыря, которая одѣта брюшиной*; здѣсь удобно наложить швовъ по способу *Lembert*'а. „Если швовъ *Lembert*'а, наложенный на рану кишечника, дастъ заживленіе первымъ натяженіемъ, то почему такой же швовъ не дастъ подобнаго зарощенія раны пузыря? Вѣдь, свѣжая моча не вредна для раны; а кишечные газы и жидкое содержимое кишекъ гораздо опаснѣе для пластической операціи, чѣмъ моча“ (стр. 225, 226).

Слѣдующій докладъ сдѣланъ д-мъ *Ващенко* [80]), сообщившимъ о своихъ 8 эпицистотоміяхъ; всѣ оперированные (отъ $1^1/_2$ до 22 лѣтъ) выздоровѣли.

Только два раза больные не подготовлялись къ операціи; обыкновенно же, кромѣ ваннъ, пузырь промывался теплымъ растворомъ салицилловой кислоты. Примѣнялся хлороформный наркозъ совмѣстно съ кокаиномъ; если почему либо нельзя было кончить операцію подъ хлороформомъ,—она оканчивалась подъ кокаиномъ.

Во время операціи три раза выпадала брюшина, въ одномъ случаѣ она была поранена. Теченіе оперированныхъ безлихорадочное; брюшная рана заживала per primam. Шва на пузырь не накладывалось; дренажъ оставлялся на 4 сутокъ. Моча шла нормальнымъ путемъ около 13.1 д., въ одномъ случаѣ сильнаго катарра пузыря,—на 23 д. Вѣсъ камня отъ 0,60 до 30.0 грм. Фистулезные ходы послѣ дренажа закрывались между

15—21 д. (6 случ.), а при фосфатахъ—между 37 и 60 д.— Антисептическая повязка (сулемово-іодоформная).

На основаніи личнаго опыта, д-ръ *Ващенко* пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Разъ мы не имѣемъ дѣла съ фосфатомъ, осложняющимъ постоянно пузырь сильнымъ катарромъ, то операція и послѣдовательное леченіе переносятся хорошо, какъ дѣтьми, такъ и взрослыми; выздоровленіе наступаетъ быстро.

2) При дезинфецированіи пузыря черезъ рану или уретру растворомъ салицилловой кислоты (2%), сулемы (1:6000), моча не обнаруживаетъ своего разрушительнаго дѣйствія на состояніе тканей.

3) Катарръ пузыря, рѣдко отсутствующій при камнѣ, держится упорно только послѣ фосфатовъ; въ другихъ случаяхъ, по извлеченіи камня, не требовалось никакого леченія катарра.

4) Катарръ пузыря послѣ фосфатовъ оттягиваетъ періодъ выздоровленія. Оно въ прямой зависимости отъ успѣха леченія катарра пузыря.

5) Для всѣхъ моихъ больныхъ было обязательно положеніе на животѣ.

6) Не дурно дезинфецируетъ мочу даваемый внутрь 2—4% растворъ резорцина, хотя и понижаетъ иногда сильно температуру.

7) Предлагаемая д-мъ *Евсѣенко* magn. boro-citrica тоже дѣйствуетъ подобно резорцину, если не разстраиваетъ пищеварительнаго аппарата.

8) Кокаинизируя больныхъ подкожно и мѣстно при совмѣстномъ хлороформированіи, мнѣ приходилось видѣть отсутствіе послѣдовательнаго за хлороформированіемъ упадка силъ и рвоты.

9) Желая сократить періодъ выздоровленія послѣ фосфата, т. е. при катаррѣ пузыря, *я нахожу болѣе цѣлесообразнымъ производить литотомію боковую*, такъ какъ при высокомъ сѣченіи катарръ пузыря болѣе затягиваетъ періодъ выздоровленія и есть основаніе опасаться мочевой инфильтраціи. Наложеніе же пузырнаго шва здѣсь противупоказуется, потому что на желательное первое натяженіе нельзя разсчитывать, а разъ его нѣтъ, то и способъ оперированія сводится къ дренажу пузырной раны съ тою только разницею, что если мы будемъ имѣть primam въ наружной ранѣ, то придется ее разрушить и затѣмъ уже съ большимъ затрудненіемъ вводить дренажъ въ пузырную рану (стр. 34).

Вслѣдъ за этими докладами произошли оживленныя пренія, наглядно указывающія намъ до какой степени взгляды хирурговъ разнорѣчивы между собою и какъ далеко еще не рѣшеннымъ долженъ считаться вопросъ о выборѣ того или другаго метода камнесѣченія. Приводимъ краткій очеркъ этихъ преній.

Д-ръ *Линденбаумъ* считаетъ несправедливымъ мнѣніе тѣхъ хирурговъ, которые полагаютъ, что sectio lateralis отжила свой вѣкъ; у многихъ она еще будетъ господствующимъ методомъ. Боковое камнесѣченіе далеко не такъ опасно, какъ это утверждается теперь многими, антисептика и здѣсь сдѣлала свое дѣло. Sectio alta даетъ большой % смертности, тогда какъ при sectio lateralis *Розенталь* имѣлъ только 7,8, *Синицынъ* 4,8, самъ-же *Линденбаумъ* 5% смертности. Кромѣ того она требуетъ извѣстной обстановки, которою располагаютъ далеко не всѣ хирурги. Наложеніе пузырнаго шва мыслимо только при хорошей техникѣ; только благодаря ей проф. *Bergmann* и *Склифосовскій* могли получить такіе хорошіе результаты.

Д-ръ *Эберманъ*—горячій сторонникъ камнедробленія. Оно показуется при маленькихъ камняхъ, можетъ быть легко примѣнено у дѣтей, *даже амбулаторно*, какъ это не разъ ему приходилось дѣлать у дѣтей и взрослыхъ. У стариковъ гипертрофія простаты противупоказуетъ камнедробленіе и у нихъ не остается никакого другаго оперативнаго пособія, кромѣ высокаго сѣченія; тоже слѣдуетъ сказать и о тѣхъ случаяхъ, гдѣ камень сидитъ въ дивертикулѣ.

Sectio alta у женщинъ совершенно не нужна, такъ какъ въ силу анатомическихъ условій, можно послѣ расширенія уретры удалить какой угодно камень; притомъ его можно предварительно раздробить.

Д-ръ *Вельяминовъ* того мнѣнія, что высказанное проф. *Склифосовскимъ* положеніе: „накладывать швъ всегда", не можетъ быть принято вполнѣ. Для наложенія шва существуютъ свои показанія: шить слѣдуетъ только при здоровомъ пузырѣ и неразлагающейся мочѣ. При обратныхъ условіяхъ шить не слѣдуетъ; дѣлать иначе значитъ идти противъ правилъ современной хирургіи. Успѣхъ шва зависитъ только отчасти отъ техники сшиванія, но главнымъ образомъ отъ того: показанъ-ли онъ, или нѣтъ.

Что-же касается до сшиванія той части пузыря, которая одѣта брюшиной, швомъ *Lembert'a*, то слѣдуетъ взять во вниманіе, что кишечный швъ довольно часто и не удается.

Д-ръ *Березкинъ* поддерживаетъ только что высказанный имъ

въ докладѣ взглядъ на швовъ пузыря и указываетъ, что д-ръ *Иршикъ* не примѣняетъ пузырнаго шва при разлагающейся мочѣ и вообще при катаррѣ пузыря.

Проф. *Подрезъ* высказывается горячимъ сторонникомъ литоляпаксіи, такъ какъ этотъ методъ является идеальнымъ. Что касается до камнесѣченій, то sectio alta не влечетъ за собой тѣхъ грустныхъ осложненій и послѣдствій, которыя связаны съ промежностными литотоміями. Эпицистотомія уже теперь конкурируетъ съ боковымъ разрѣзомъ, а между тѣмъ эта операція только что еще разработывается, тогда какъ техника тѣхъ доведена до предѣла. Проф. увѣренъ, что при дальнѣйшей разработкѣ высокаго камнесѣченія, при ней возможно будетъ получать многія преимущества, недоступныя для законченнаго уже въ техническомъ отношеніи боковаго сѣченія (стр. 57).

Д-ръ *Никольскій* не согласенъ съ мнѣніемъ, высказываемымъ многими, что раненіе брюшины при sectio alta—неопасно; во всякомъ случаѣ оно не можетъ быть сравниваемо съ лапаротоміями, такъ какъ тамъ нѣтъ условій для загрязненія раны вытекающей мочей. Случаи, гдѣ ранится брюшина, „доказываютъ, что складка брюшины не была отодвинута пузыремъ вверхъ, который въ такихъ случаяхъ не могъ расшириться, а это служитъ противупоказаніемъ къ производству высокой литотоміи".

Если операціи придается особенное значеніе въ силу того, что съ наложеніемъ шва на пузырь возможна prima intentio, что, къ слову сказать, наблюдается и при боковой литотоміи, то нерѣдко встрѣчаются и мочевые затеки. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя наложить швовъ, околопузырная клѣтчатка, инсультированная во время операціи, омывается сильно разложившейся мочей, а при несоотвѣтствіи наружной и пузырной раны, у насъ на лицо всѣ условія для мочевой инфильтраціи. Вообще, врядъ-ли можно сильно разсчитывать на то, что пузырный швовъ исполнитъ свое назначеніе.

Д-ръ *Введенскій* того мнѣнія, что операціи камнесѣченія могутъ быть оцѣниваемы степенью частоты наблюдаемыхъ при нихъ кровотеченій. Основываясь на статистическихъ данныхъ, видно, что послѣ sectionis medianae кровотеченіе наблюдается всего рѣже. *)

---

*) Основывается д-ръ *Введенскій* на статистикѣ *Rouxeau* [81]), по которой на 900 случ. промежностныхъ литотомій было 162 случ. кровотеченій (28°/.). По даннымъ Московской Маріинской больницы на 733 боковыхъ

Гипертрофію стѣнокъ пузыря, которую д-ръ *Никольскій* ставитъ показаніемъ для боковаго камнесѣченія, невозможно діагносцировать при жизни.

Что касается до боковаго камнесѣченія, то оно совсѣмъ оставлено заграницей и дѣлается только у насъ.

Д-ръ *Медвѣдевъ* полагаетъ, что выборъ той или другой операціи зависитъ отъ величины камня; при камнѣ больше $3^1/_2$ сант. поврежденіе простаты весьма возможно и онъ долженъ быть удаляемъ черезъ боковой разрѣзъ. Большинство смертныхъ случаевъ послѣ боковаго сѣченія приходится на камни большаго размѣра.

Литотритія у дѣтей даетъ плохіе результаты; причиной тому—большая чувствительность пузыря; послѣ камнедробленія часто остаются осколки, ущемленные пузыремъ; введеніе литотриптора затруднительно.

Д-ръ *Доброхотовъ* обращаетъ вниманіе членовъ Съѣзда на то, что изъ доклада д-ра *Березкина* 5,6% смертности при эпицистотоміи падаетъ на дѣтей моложе 6 лѣтъ; въ томъ-же возрастѣ при боковой литотоміи проф. *Синицынъ* не потерялъ ни одного больнаго.

Д-ръ *Радуловичъ* не думаетъ, чтобы въ настоящее время можно было съ положительностью высказаться въ пользу высокаго камнесѣченія, какъ это дѣлаютъ уже весьма многіе. Не отрицая, что доклады и пренія о леченіи каменной болѣзни были весьма полезны для членовъ Съѣзда, такъ какъ всѣ методы были разобраны и оцѣнены; не отрицая, что вѣроятно у многихъ изъ членовъ сложилось то или другое мнѣніе, чуждое моды и увлеченія, онъ полагаетъ, что для болѣе полнаго и всесторонняго сужденія объ этомъ чрезвычайно важномъ вопросѣ нужны цифры и факты. Нужна статистическая разработка вопроса, для чего и предлагаетъ выбрать коммиссію, которая выработала бы форму статистической карточки; сообразно этой карточкѣ всѣ врачи, производящіе камнесѣченія, могли бы доставлять необходимыя свѣдѣнія.

Это предложеніе поддержано проф. *Ринекомъ* и д-мъ *Балкашинымъ*.

Проф. *Бобровъ* того мнѣнія, что лучше всего оперировать срединнымъ сѣченіемъ, рѣже боковымъ; только въ исключительныхъ случаяхъ необходимо дѣлать эпицистотомію. При выборѣ операцій, кромѣ извѣстныхъ показаній и противупока-

---

литотомій было 134 случ. смерти, изъ нихъ 12—отъ кровотеченій, т. е. почти 9% изъ всѣхъ причинъ смерти.

заній, слѣдуетъ еще всегда брать во вниманіе и уходъ за оперированнымъ. Гдѣ этотъ уходъ недостаточенъ, тамъ всегда слѣдуетъ прибѣгать къ срединному и боковому разрѣзамъ, такъ какъ при нихъ стокъ мочи болѣе свободенъ. При значительномъ катаррѣ показуется боковое камнесѣченіе, въ силу только что сказаннаго. Литотрипсію слѣдуетъ дѣлать лишь при камняхъ очень маленькихъ и при здоровомъ пузырѣ. Операція — очень трудна, не можетъ быть изучена на трупѣ *), а учиться ей на живомъ—непозволительно; въ силу этого, оставивъ ее только для вышеперечисленныхъ случаевъ, операцію нужно почти совсѣмъ вычеркнуть (стр. 59).

Что касается до собиранія статистическихъ данныхъ, то данныя эти тогда только имѣютъ цѣну, когда представляютъ матеріалъ одного и того же хирурга, работающаго при однихъ и тѣхъ же условіяхъ. Такова статистика проф. *Синицына* или же д-ра *Березкина*. При всѣхъ равныхъ условіяхъ мы имѣемъ здѣсь отчетъ объ операціяхъ большихъ и малыхъ камней, относительно здоровомъ пузырѣ и катаррѣ его, притомъ выполненныхъ однимъ и тѣмъ же хирургомъ.

Пренія были закончены краткимъ резюме предсѣдателя проф. *Павлова*, указавшаго, что каждое изъ камнесѣченій имѣетъ свой réson d'être и имѣютъ свои показанія. Личное мнѣніе предсѣдателя таково: срединное и высокое камнесѣченія, сами по себѣ или въ соединеніи съ камнедробленіемъ, имѣютъ свои преимущества, но не исключаютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ и боковой литотоміи; что же касается до камнедробленія, то при извѣстныхъ условіяхъ оно является вполнѣ показуемымъ методомъ. Въ дѣлѣ выбора операціи много значитъ личная опытность хирурга. Нѣтъ никакого права утверждать, что вопросъ о методахъ камнесѣченія — вполнѣ исчерпанъ и законченъ.

Что же касается до статистическаго матеріала, собираемаго съ цѣлью рѣшить преимущества того или другаго способа операціи, то онъ присоединяется къ мнѣнію, только что высказанному проф. *Бобровымъ*.

---

*) Часто приходится слышать, что камнедробленіе не можетъ быть изучаемо на трупахъ. Тутъ какое то недоразумѣніе. Стоитъ только на трупѣ сдѣлать высокое камнесѣченіе, положить камень, зашить пузырь и все готово для камнедробленія; учащіеся при этомъ будутъ практиковаться, какъ въ производствѣ эпицистотоміи, такъ и въ камнедробленіи.

Н. С.

Члены Съѣзда отклонили*) предложеніе выработать планъ для собиранія статистическихъ данныхъ, но избрали коммиссію для свода всего того, что было доложено на 1-мъ и 2-мъ Съѣздахъ по вопросу о каменной болѣзни.

Въ коммиссію вошли проф. *Склифосовскій*, *Синицынъ*, д-ра *Никольскій* и *Эберманъ*.

Вскорѣ послѣ окончанія Съѣзда задача коммиссіи была выполнена работой д-ра *Грузенберга* [82]).

Подводя итогъ всему, что было сказано на 1-мъ и 2-мъ Съѣздахъ о камнесѣченіи и камнедробленіи, авторъ нѣсколько подробнѣе останавливается на вопросѣ о наложеніи пузырнаго шва при эпицистотоміи.

По даннымъ, представленнымъ на Съѣздъ, въ виду большихъ колебаній въ результатахъ, вывести среднее трудно. Такъ, у проф. *Склифосовскаго* при швѣ получено заживленіе раны пузыря per primam во всѣхъ случаяхъ, у проф. *Монастырскаго*—въ одномъ изъ 2-хъ, у д-ра *Иршика* изъ 20 случ. prima только въ 7. По статистикѣ д-ра *Шмитца* 15 случ. заживленія пузырной раны per primam приходится на 55 операцій, по статистикѣ же *Минина-Эбермана* — 18 на 53 операціи. Въ среднемъ, удача лишь только въ $^1/_3$ всѣхъ случаевъ.

Фактъ этотъ указываетъ, что въ рукахъ корифеевъ хирургіи пузырный шовъ даетъ отличные результаты; они работаютъ при такой идеальной обстановкѣ, что при всякомъ методѣ получаютъ успѣхъ. Не то слѣдуетъ думать о большинствѣ хирурговъ, о врачахъ-земцахъ, оперирующихъ при обратныхъ условіяхъ: у нихъ результатъ шва, навѣрное, будетъ плохой. Стоитъ вспомнить статистику д-ра *Березкина*, опубликовавшаго результаты наложенія пузырнаго шва при больничной обстановкѣ (15% смертности со швомъ и 2,5%— безъ шва), чтобы согласиться съ только что сказаннымъ.

Опыты на собакахъ, гдѣ prima получается всегда, не могутъ быть перенесены всецѣло на человѣка, такъ какъ условія въ томъ и другомъ случаѣ — далеко неодинаковы. Тамъ мы имѣемъ нормальный здоровый пузырь и нормальную мочу, здѣсь по большей части имѣется дѣло съ катарромъ пузыря, разлагающейся мочей, такъ что, по мнѣнію д-ра *Грузенберга*, „пузырный шовъ, особенно при фосфатахъ и гнойно-катарральныхъ пузыряхъ, еще долго останется привилегированной операціей, доступной лишь избраннымъ опера-

---

*) Слѣдовательно на 2-мъ Съѣздѣ отклонено было то, что на 1-мъ Съѣздѣ было единогласно постановлено.

торамъ и не подходящей для массы товарищей, обладающей средней техникой и работающихъ при обычной, незавидной обстановкѣ".

Если мы разсмотримъ статистическій матеріалъ, которымъ пользовались на Съѣздахъ защитники того или другаго метода литотоміи, то *боковая* литотомія располагала 623 случ. съ 9%, *срединная*—288 случ. съ 11,1% и *высокая*—162 случ. съ 14,5% смертности. Если дѣлать выводъ изъ этихъ цифръ, то выводъ — нетруденъ: *боковая—нѣсколько лучше срединной и много лучше высокой*. Но, спрашиваетъ авторъ: „имѣетъ ли статистика въ нашемъ вопросѣ ту солидную почву, на которой она основывается въ другихъ отрасляхъ науки при изученіи различныхъ интересныхъ и невполнѣ ясныхъ явленій?"

Сравнивать можно вещи вполнѣ однородныя, говоритъ д-ръ *Грузенбергъ*; когда же это условіе, необходимое для вѣрныхъ выводовъ при сравнительной оцѣнкѣ того или другаго матеріала, не соблюдается, что мы все время видѣли на Съѣздѣ при оцѣнкѣ различныхъ методовъ литотоміи, то отвѣтъ на только что заданный вопросъ можетъ быть данъ только отрицательный.

Въ самомъ дѣлѣ, съ одной стороны (боковая литотомія) мы имѣемъ громадныя цифры, прекрасную технику оператора, набившаго себѣ руку на сотняхъ операцій по одному и тому же методу, съ другой—мы располагаемъ далеко меньшимъ числомъ операцій, техника которой нуждается еще въ разработкѣ, (высокое сѣченіе), не знаемъ обстановки, при которой онѣ прозведены. Все это заставляетъ воздержаться отъ какихъ либо конечныхъ выводовъ, основанныхъ на только что сказанномъ матеріалѣ, а ждать рѣшенія спорнаго вопроса въ будущемъ, при условіи достаточнаго статистическаго матеріала, какъ въ качественномъ, такъ и количественномъ отношеніяхъ.

Къ счастью, такого матеріала пришлось ожидать не долго. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ только что указанной работы, по вопросу о высокомъ камнесѣченіи появляется крайне интересный и богатый данными трудъ д-ра *Ассендельфта* [83]).

Въ виду сказаннаго интереса работы, мы считаемъ своимъ долгомъ остановиться на ней подольше и реферировать ее, по возможности, подробно.

Причина, побудившая автора выступить съ отчетомъ о своихъ 102-хъ эпицистотоміяхъ,— выяснившійся недостатокъ данныхъ по вопросу объ этой операціи, а также и то, что какъ на 1-мъ Съѣздѣ Русскихъ Врачей 1885 г. (прибавимъ и 2-мъ 1887 г.), такъ и на Съѣздѣ Нѣмец. Хир. Об-ва въ

Берлинѣ 1886 г. выяснилось различіе мнѣній въ оцѣнкѣ методовъ литотоміи.

Вопросъ о камнедробленіи долженъ считаться тоже далеко не рѣшеннымъ (личной опытности въ литотрипсіи авторъ не имѣетъ) и заграницей лучшіе хирурги высказываются за камнесѣченіе; надо думать, что и у насъ камнесѣченіе всегда будетъ примѣняться чаще, чѣмъ камнедробленіе. Особенно это слѣдуетъ сказать про врачей-земцевъ, которые, въ силу своихъ многосложныхъ обязанностей, не могутъ упражняться на трупахъ для пріобрѣтенія необходимой ловкости и легкости руки, которая является непремѣннымъ условіемъ литотрипсіи, требующей при томъ весьма дорогихъ и ломкихъ инструментовъ.

Наиболѣе употребительное у насъ въ Россіи камнесѣченіе—боковое. Операцій эпицистотоміи собрано мало; собранный же матеріалъ (*Родзевичъ*, *Шмитцъ* и др.) пока указываетъ на весьма большой % смертности, такъ что защитники боковой литотоміи, напр. д-ръ *Розенталь*, опираясь на этотъ матеріалъ, не совѣтуетъ увлекаться высокимъ сѣченіемъ.

Предостереженіе это заставляетъ д-ра *Ассендельфта* подробнѣе остановиться на работѣ опытнаго литотомиста.

Каковы результаты 400 боковыхъ камнесѣченій д-ра *Розенталя* [84])?

На всѣ 400 операцій встрѣтилось всего 2 случ. недержанія мочи, 1 свищъ, 8 кровотеченій; кровотеченія были настолько незначительны, что почти всегда легко останавливались отъ прижатія пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку или тампонады, и только въ 2% на все число литотомій пришлось принять нѣкоторыя мѣры для остановки кровотеченія. Вторичныхъ кровотеченій было 2; раненіе прямой кишки встрѣтилось 6 разъ, кромѣ того у 2-хъ развилось сообщеніе съ прямой кишкой послѣ операціи: изъ нихъ 3 выздоровѣли вполнѣ, а одинъ умеръ отъ чахотки и двое остались съ пузырно-кишечными свищами. Относительно половаго безсилія д-ръ *Розенталь* говоритъ: „я ни разу не встрѣтилъ факта, который бы говорилъ въ пользу этого обвиненія“ (стр. 581). Недержаніе мочи осталось только у двухъ на все число оперированныхъ.

Среднее пребываніе въ больницѣ послѣ операціи было 18,6 д. (дѣти отъ 1 до 16 л., 302 случ.); не менѣе 25 случ. пробыли въ больницѣ не дольше 5—10 д., но показаны выздоровѣвшими. Изъ 287 оперированныхъ д-ра *Розенталя*, у которыхъ обозначено число дней пребыванія въ больницѣ,

30 пробыли отъ 28 до 30 д., 27—больше 30 и только одинъ 12 д. „Если взять во вниманіе, говоритъ д-ръ *Ассендельфтъ*, часто отмѣченныя *Розенталемъ* у этихъ оперированныхъ осложненія катарромъ пузыря, піэлитомъ и т. д., и вспомнить, какое продолжительное время иногда потребно только для излеченія катарра пузыря, то нельзя не согласиться, что и эти больные выпущены д-ръ *Розенталемъ* изъ больницы рано. Онъ этимъ лишилъ себя возможности выставить и послѣдовательные недостатки боковаго сѣченія, какъ это сдѣлалъ д-ръ *Головачевъ*, или убѣдить насъ своею работою въ отсутствіи ихъ" (стр. 329). Съ этимъ нельзя, конечно, не согласиться.

Общая смертность въ случ. д-ра *Розенталя*=10%; исключивъ изъ этого числа 6 оперированныхъ, умершихъ независимо отъ операціи, мы получимъ % смертности равнымъ 8,5%; для дѣтей=4,2%.

Какъ видно, результаты — блестящи; понятно, почему счастливый и опытный хирургъ восхваляетъ боковое камнесѣченіе и предостерегаетъ отъ увлеченія остальными методами литотоміи. Не тѣ результаты получены д-мъ *Ассендельфтомъ* въ его 35 случ. lithotomiae lateralis. Не смотря на то, что имъ всегда дѣлался небольшой разрѣзъ простаты, онъ все же въ 8 случ. изъ 35 имѣлъ послѣдовательное кровотеченіе въ день операціи; во всѣхъ случаяхъ пришлось примѣнить тампонаду раны. Они тѣмъ болѣе поучительны, что, вопреки мнѣнію д-ра *Розенталя*, который видитъ причину кровотеченій при боковой литотоміи въ большихъ разрѣзахъ partis prostaticae urethrae, всѣ сопровождались довольно значительнымъ кровотеченіемъ при весьма небольшомъ раскрытіи литотома (стр. 328).

Среднее пребываніе оперированныхъ въ больницѣ = = 52,15 д., изъ которыхъ 7,6 д. до операціи, 30,6 до полнаго заживленія и 13,9 дня до выхода изъ больницы. Въ послѣопераціонномъ теченіи оперированныхъ не встрѣтилось какихъ либо осложненій, а по выпискѣ изъ больницы—какихъ либо тягостныхъ послѣдствій послѣ боковой литотоміи; разъ только мать одного изъ оперированныхъ заявила, что мальчикъ по временамъ не держитъ мочу.

Уважаемый товарищъ считаетъ чрезвычайно важнымъ заявленіе д-ра *Головачева*, по которому 6—7% изъ оперированныхъ промежностнымъ способомъ страдаетъ недержаніемъ мочи.

Такая значительная, при томъ не въ пользу боковой ли-

тотоміи, разница въ результатахъ операцій д-ра *Розенталя* и другихъ хирурговъ, по мнѣнію д-ра *Ассендельфта*, вѣроятно находится въ зависимости отъ того, что первый отступаетъ при производствѣ боковой литотоміи отъ правилъ, выработанныхъ для этой операціи.

Д-ръ *Розенталь* дробитъ камень, сдѣлавъ весьма малый разрѣзъ; при малыхъ же камняхъ онъ совсѣмъ не рѣжетъ простату, а ограничивается только расширеніемъ предстательной части. Такая литотомія ни коимъ образомъ не можетъ быть названа боковой, въ томъ смыслѣ, какъ мы ее понимаемъ. При такомъ методѣ оперированія отъ боковой литотоміи осталось лишь только направленіе разрѣза на промежности, все же остальное принадлежитъ срединному сѣченію. По справедливости (это наше личное мнѣніе), большая часть отчета д-ра *Розенталя* должна быть названа отчетомъ о литотоміяхъ, произведенныхъ срединнымъ сѣченіемъ, а ни какъ не боковымъ.

Возможно, что такой техникѣ д-ръ *Розенталь* обязанъ тѣмъ, что самый важный недостатокъ боковой литотоміи—недержаніе мочи—полученъ имъ всего въ 2-хъ случаяхъ изъ 400; возможно и то, говоритъ авторъ, что д-ръ *Розенталь*, которому приводили больныхъ изъ разныхъ и отдаленныхъ губерній и уѣздовъ, впослѣдствіи не имѣлъ возможности, какъ д-ръ *Головачевъ* въ Москвѣ, слѣдить за дальнѣйшей судьбой своихъ оперированныхъ (стр. 328).

Оба объясненія прекрасныхъ результатовъ операцій д-ра *Розенталя*—весьма правдоподобны, но всего ближе къ истинѣ намъ кажется послѣднее. Не отрицая нисколькко блестящей техники опытнаго хирурга, мы все же не можемъ не замѣтить, что срокъ пребыванія калькулезныхъ въ больницѣ послѣ операціи в. коротокъ, а извѣстно, что часто недержаніе мочи, это тягостное послѣдствіе боковой и срединной (гораздо рѣже) литотоміи, появляется спустя нѣкоторое время послѣ операціи. Весьма поучительно въ этомъ отношеніи наблюденіе д-ра *Кадіяна* [85]): „я обращаю вниманіе на фактъ, который мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько разъ: первое время послѣ операціи у больнаго нѣтъ недержанія мочи, а оно начинаетъ развиваться впослѣдствіи, когда рана вполнѣ зарубцевалась, когда исчезнутъ явленія катарра пузыря. Я замѣтилъ это, какъ на своихъ больныхъ, такъ и оперированныхъ моими предшественниками. Приходитъ крестьянинъ съ недержаніемъ мочи; операція была сдѣлана нѣсколько лѣтъ тому назадъ, справишься въ книгахъ и находишь отмѣтки, что больной

выписался вполнѣ здоровымъ. Когда мнѣ попадаются черезъ чуръ благопріятные въ этомъ отношеніи отчеты больницъ или клиникъ, то невольно припоминаются эти факты“ (стр. 512).

Вполнѣ признавая за д-мъ *Головачевымъ* большую заслугу въ томъ, что онъ не побоялся заявить о своихъ частыхъ неудачахъ, давшихъ ему возможность заключить, что недержаніе мочи послѣ боковаго камнесѣченія наблюдается въ 6—7% всѣхъ операцій, мы кромѣ д-ра *Головачева* можемъ указать въ русской литературѣ не мало заявленій о грустныхъ послѣдствіяхъ боковой литотоміи. Изъ работъ д-ра *Веревкина* мы знаемъ, что на 135 случ. операціи получено 7 свищей и 2 недержанія мочи, у д-ра *Кадіяна* на 21 операцію 2 недержанія мочи, у д-ра *Дурново* одна фистула на 5 операцій, тѣже осложненія мы встрѣчаемъ у проф. *Синицина, Богдановскаго, Склифосовскаго, Заубера* и многихъ другихъ. Что касается до рѣдкости кровотеченій при sectio lateralis, то мы встрѣчаемъ тампонаду раны весьма часто; извѣстны случаи, гдѣ кровотеченіе бывало весьма значительнымъ и, хотя рѣдко, но сопровождалось такой потерей крови, что служило причиной смерти (случ. проф. *Полунинъ* и др.). Какъ видно, въ сообщеніяхъ о неудачахъ при боковой литотоміи недостатка нѣтъ; ихъ, конечно, набралось бы еще болѣе, если бы врачи были въ состояніи слѣдить за дальнѣйшей судьбой своихъ оперированныхъ, или спрашивать ихъ черезъ извѣстные промежутки времени, а также если бы въ литературѣ съ такою же охотой сообщались случаи неудачъ, съ какою это дѣлается относительно случаевъ удачныхъ.

Все только что сказанное не должно быть понятно въ томъ смыслѣ, что мы приступили къ сравнительной оцѣнкѣ боковаго и высокаго камнесѣченій.

Мы позволили себѣ привести эти нѣкоторыя литературныя выписки исключительно съ цѣлью показать до какого искусства, до какой удивительной ловкости можетъ дойти хирургъ, оперирующій сотнями по одному и тому же методу камнесѣченія, даже въ такой „слѣпой“ операціи, какъ боковая литотомія.

Продолжаетъ реферировать работу дальше.

Матеріалъ д-ра *Ассендельфта* обнимаетъ 102 операціи эпицистотоміи съ 2 смертельными исходами; если же исключить изъ нихъ одного, умершаго отъ случайной причины (enteritis follicularis), то летальный исходъ въ зависимости отъ операціи наблюдался только въ одномъ случаѣ и % смертности—около 1, „т. е. такой, о которомъ мы еще недавно

не смѣли думать!“. Какъ справедливо замѣчаетъ д-ръ *Вельяминовъ*.

Въ общемъ, состояніе больныхъ до операціи было хорошее, 18 были плохаго здоровья и 11 очень истощены. Всѣмъ больнымъ до операціи назначалась легкая діэта; первое время послѣ операціи назначалось исключительно молоко, спустя довольно долгое время—твердая пища. Каждому давалось по 15—20 грам. салицил. натра. До операціи тщательно промывалась прямая кишка; пузырь промывался рѣдко. Огромное большинство эпицистотомій произведено при помощи больничнаго персонала *); 24 раза помогали врачи и студенты.

Исключительно у взрослыхъ примѣнялся способъ *Garson-Petersen*'а, но безъ предварительныхъ методическихъ расширеній пузыря. У дѣтей до 10—15 л. расширялся только пузырь впрыскиваніемъ незначительнаго количества жидкости.

По наблюденіямъ автора при операціи на живомъ можно съ успѣхомъ довольствоваться меньшими количествами жидкости въ пузырь и кольпейринтеръ, чѣмъ это нужно на трупахъ.

Во время операціи складка брюшины видна была 22 раза, брюшина не поранена ни разу. Разрѣзъ кожной раны отъ 4 до 8 сант.,—пузыря отъ 2 до 6 сант. Кровотеченіе, какъ правило, незначительно; однако, у 14 оно было довольно сильное. Послѣдовательное кровотеченіе наблюдалось 9 разъ и въ 2-хъ случ. было настолько сильно, что пришлось тампонировать рану. Въ одномъ изъ нихъ послѣдовательное кровотеченіе произошло незамѣтно, сгустки выдѣлились спустя довольно продолжительное время послѣ операціи при промываніяхъ пузыря. Въ 2-хъ случ. кровотеченіе наблюдалось вскорѣ послѣ операціи, такъ что пришлось расшить рану, вытянуть пузырь, очистить его и предпузырное пространство отъ сгустковъ; кровоточащій сосудъ не найденъ; у одного оперированнаго кровотеченіе остановилось, у втораго продолжалось въ окружности дренажной трубки, такъ что рана была затампонирована. Вообще кровотеченіе во время операціи незначительно и останавливается скоро, такъ что обыкновенно на другой день послѣ sectionis altae моча оперированныхъ свѣтла; только въ 12 случ. она еще нѣкоторое время послѣ операціи была окрашена кровью.

Кровотеченіе всего чаще происходило изъ артерій стѣнки

---

*) Частная больница *В. А. Пашкова*, въ с. Ветошкино, Сергачскаго уѣзда, Нижегородской губерніи.

пузыря, или же изъ слизистой его оболочки, обыкновенно при манипуляціяхъ съ камнемъ, а не изъ сосудовъ околопузырной клѣтчатки; тамъ перевязка сосудовъ весьма легка.

Камни обыкновенно удалялись безъ всякаго затрудненія корнцангомъ или щипцами для камней; одинъ разъ пальцами. Въ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ приходилось извлекать камень и въ то же время удерживать складку брюшины или выпадающую слизистую оболочку задней стѣнки пузыря, извлеченіе камней нѣсколько затруднялось; при этомъ наружная корка камня дробится весьма легко. Необходимо въ такихъ случаяхъ тщательно выполоскивать пузырь отъ осколковъ, такъ какъ они могутъ дать ожесточеніе катарра пузыря или же кровотеченія. Три раза пришлось убѣдиться, что на эти выполаскиванія вполнѣ разсчитывать нельзя, такъ какъ послѣ нихъ черезъ нѣсколько дней осколки были найдены въ повязкѣ.

По извлеченіи камня промываніе пузыря $^1/_2$—1% растворомъ карболовой кислоты. Въ пузырь или одинъ толстый (8 млм.) или 2 тонкихъ дренажа; дренажи обрѣзываются на уровнѣ кожной раны; для укрѣпленія ихъ проводилась карльсбадская булавка. Рана брюшной стѣнки сшивалась до дренажа этажнымъ кэтгутовымъ швомъ. Повязка изъ іодоформной марли, саллициловой ваты, простой обеззараженной ваты, поверхъ бинтъ; до наложенія повязки рана опудривалась іодоформомъ.

Оперированный клался на животъ, на туго набитую соломой подушку, покрытую клеенкой и простыней; подъ голову—маленькая подушечка. Перемѣнялась повязка—когда смочится простыня; въ первые 4—5 д. такая смѣна до 8 разъ въ сутки; при перемѣнѣ повязки брюшныя стѣнки обмывались растворомъ карболовой кислоты. Положеніе на животѣ выносилось легко: дѣти привыкали къ нему весьма быстро, взрослые же, или сразу освоивались съ нимъ, или же чувствовали себя неловко только первые дни. „Промываніе пузыря черезъ рану предпринималось только при гранулирующихъ ранахъ и только тогда, когда моча была мутна, при катаррѣ пузыря (стр. 335).

Всего однажды наложенъ частичный шовъ пузыря. Д-ръ *Ассендельфтъ* того мнѣнія, что наложеніе шва весьма затруднительно, требуетъ опытныхъ помощниковъ и врядъ-ли примѣнимо въ земской практикѣ. Накладывать швовъ слѣдуетъ только при относительно здоровомъ пузырѣ, когда моча нормальна или-же мало измѣнена; при щелочной, вонючей мочѣ наложеніе шва противупоказано, такъ какъ онъ не обѣщаетъ успѣха, до кромѣ того, способствуя застою мочи въ пузырѣ,

и послѣдовательно можетъ вызвать заболѣваніе почекъ. Въ послѣднемъ случаѣ способъ *Trendelenburg*'а даетъ хорошіе результаты; теобразная трубка съ успѣхомъ замѣняется дренажемъ, поверхъ котораго должна быть наложена антисептическая повязка, такъ какъ оставлять рану, незащищенною отъ рукъ больнаго,—опасно.

По возрасту оперированные распредѣлились такъ: отъ 2 до 5 л.—*30*, отъ 5 до 10 л.—*30*, отъ 10 до 15 л.—*19*, отъ 15 до 20 л.—*13*, отъ 20 до 25 л.—*3*, отъ 25 до 29 л.—*7*; *всего 102 случ.*

Какъ видно, большая половина оперированныхъ была въ возрастѣ до 10 л.; до 20 л. было 42, свыше-же 20 и до 30 л.—всего 10 случ. Такимъ образомъ, говоритъ авторъ, возрастъ моихъ больныхъ былъ самый выгодный для высокаго камнесѣченія" (стр. 513).

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ извлеченные камни были не велики по размѣрамъ и по вѣсу; у 7 больныхъ было по 2 камня, у одного—5 камней.

Д-ръ *Ассендельфтъ* отмѣчаетъ, что въ случаяхъ, гдѣ вѣсъ камней былъ ниже средняго вѣса камней для извѣстнаго возраста, благопріятное теченіе, т. е. безлихорадочные или почти безлихорадочные случаи наблюдались значительно чаще, чѣмъ тамъ, гдѣ камень былъ выше средняго вѣса камней для извѣстнаго возраста.

У 17 оперированныхъ *) не было вовсе лихорадки; у 14 почти не было лихорадки; въ немногихъ случаяхъ, гдѣ она наблюдалась, т-ра колебалась между 38 и 38.5°. Въ такихъ случаяхъ полное заживленіе, въ среднемъ, наступало на 27,5 д. брюшная рана заживала почти вполнѣ, т. е. оставалась только незначительная грануляціонная поверхность на мѣстѣ дренажа, на 19 д. моча шла исключительно нормальнымъ путемъ черезъ 15,2 д.; дренажъ извлекался среднимъ числомъ на 9 д. послѣ операціи.

Съ незначительной лихорадкой протекло 18 случ. Температура держалась короткое время въ границахъ 38—39. Среднее заживленіе наступало послѣ операціи въ 34 д.; моча шла нормою черезъ 18,4 д.; дренажъ извлекался спустя 9, 8 д.

Сильная лихорадка наблюдалась въ 12 случ. Обыкновенно

---

*) Приводимыя свѣдѣнія касаются только 74 случ., о которыхъ имѣется подробный отчетъ д-ра *Ассендельфта*, остальные 28 случ. sectionis altae прибавлены въ дополненіяхъ къ статьѣ; свѣдѣнія о нихъ не такъ подробны.

всѣ больные лихорадили повторно, приступами. Такая лихорадка зависѣла отъ обострѣнія катарра пузыря при выниманіи дренажа, такъ что часто приходилось вводить его снова. Заживленіе въ случаяхъ этой группы наступало на 34 д., моча шла нормально на 29 д., дренажъ извлекался спустя 16,5 д. послѣ операціи.

У 11 оперированныхъ заживленіе сильно замедлилось. Все это были случаи крайне тяжелые съ мутной, гнойной, разложившейся мочей. Къ нимъ отнесены также оперированные съ повторнымъ кровотеченіемъ, а также и тѣ два, гдѣ по случаю сильнаго кровотеченія пришлось тампонировать рану; у 3-хъ наблюдалось гнойно-мочевое пропитываніе, у одного кровяное пропитываніе околопузырной клѣтчатки и образованіе сгустковъ; у 3-хъ отдѣленіе кусковъ омертвѣлой клѣтчатки, у одного— тяжелая форма блуждающей рожи.

Сюда же отнесенъ больной съ плохимъ питаніемъ, сильный катарръ пузыря котораго требовалъ систематическихъ промываній; на 85 д. послѣ операціи—у него появились боли въ области лѣвой почки и по направленію мочеточника; вскорѣ отхожденіе весьма значительнаго количества мочеваго песку и образованіе лѣвосторонняго перинефрита, потребовавшаго разрѣза. На 116 д. свищъ на мѣстѣ разрѣза послѣ эпицистотоміи зажилъ вполнѣ, въ поясничной-же области остается, и положеніе больнаго должно считаться сомнительнымъ. У одного оперированнаго на 3 д. послѣ операціи наблюдался припадокъ урэміи; у этого больнаго моча, бывшая до операціи щелочной, съ гноемъ и бѣлкомъ, улучшилась, и хотя была мутна, но спустя нѣкоторое время послѣ выписки общее состояніе мальчика очень хорошо. Наконецъ, у одного больнаго остается послѣ операціи свищъ; закрытіе его можно ожидать въ скоромъ времени (стр. 514, 530 и 531).

Кэтгутовые швы на брюшной ранѣ обыкновенно не снимались. Изъ 74 случ., подробно описанныхъ въ таблицѣ, у 20 рана зажила per primam до дренажа, у 17 края раны разошлись вблизи дренажа, у 2-хъ рубецъ сильно растянутъ и у 3-хъ края разошлись на всемъ протяженіи. Относительно 28 послѣднихъ опирированныхъ, приведенныхъ въ концѣ работы, свѣдѣній нѣтъ. Рубецъ при заживленіи per primam получался линейный, у тѣхъ же, у которыхъ заживленіе шло per secundam, онъ былъ шириною отъ 0,9 до 1,5 сант.

Реакція мочи не всегда опредѣлялась; не дѣлалось ни химическихъ, ни микроскопическихъ анализовъ мочи; состояніе пузыря опредѣлялось по свойству только что выпущенной мочи.

Замѣчено, что послѣ операціи всего чаще, особенно послѣ тѣхъ, гдѣ приходилось дробить камень, наблюдалось ухудшеніе мочи и ожесточеніе катарра пузыря. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ моча была до операціи свѣтла или съ небольшимъ облачкомъ, послѣ нея появлялся легкій катарръ; наоборотъ, бывали и такіе случаи, гдѣ тяжелый катарръ пузыря быстро улучшался послѣ операціи. Сильно обострялся катарръ пузыря при послѣдовательныхъ кровотеченіяхъ, когда моча долго выдѣлялась съ примѣсью крови; самый сильный катарръ наблюдался въ случаяхъ гнойнаго пропитыванія и омертвѣнія околопузырной клѣтчатки.

Оперированные выписывались изъ больницы вполнѣ выздоровѣвшими съ крѣпкимъ рубцомъ на мѣстѣ брюшной раны, общимъ состояніемъ и пузыремъ настолько хорошимъ, что „могли устоять противъ всевозможныхъ невзгодъ". Вслѣдствіе такой разумной осторожности, общее число дней, проведенныхъ послѣ эпицистотоміи, была на недѣлю больше, чѣмъ послѣ случаевъ, гдѣ авторъ примѣнилъ боковое сѣченіе, что не можетъ идти въ разсчетъ при сравнительной оцѣнкѣ этихъ двухъ методовъ, такъ какъ эти 7—10 д. шли на окончательное и прочное зарубцеваніе, собственно уже давно закрывшейся раны, оставившей самую незначительную грануляціонную поверхность, что для самихъ больныхъ въ сущности безразлично (стр. 530).

На все число оперированныхъ умерло 2. Одинъ отъ перитонита на 17 д. послѣ операціи. Повидимому въ этомъ случаѣ слѣдуетъ допустить зараженіе извнѣ, быть можетъ отъ какой либо погрѣшности въ повязкѣ, а не отъ операціи, такъ какъ 11 дней послѣ операціи температура была нормальна, моча шла черезъ уретру и общее состояніе было вполнѣ хорошо. Другой (по справедливости, онъ не подлежалъ операціи) былъ сильно истощенъ, страдалъ хроническимъ фолликулярнымъ катарромъ кишекъ, преимущественно прямой, и разлитымъ гнойнымъ катарромъ бронхъ; смерть на 18 день послѣ операціи.

Въ концѣ работы д-ръ *Ассендельфтъ* говоритъ, что онъ недоволенъ теченіемъ послѣоперaціоннаго періода своихъ больныхъ, хотя относительно жизни „результатъ даетъ полное право заключить, что прямая опасность для жизни при высокомъ камнесѣченіи далеко не такъ велика, какъ это предполагаютъ проф. *Koenig* и д-ръ *Шмитцъ*. Мнѣ удалось получить при высокомъ сѣченіи смертность ниже смертности, полученной всѣми другими способами, не исключая камнедробленія. Полагаю поэтому, что пока нѣтъ надобности отказываться отъ этого

способа. Проф. *Volkmann* ставитъ хирургамъ въ прямую обязанность разработывать высокое камнесѣченіе. На основаніи своего матеріала, я вполнѣ раздѣляю это мнѣніе, но полученный мною результатъ даетъ право не согласиться съ другимъ мнѣніемъ *Volkmann'a*, будто-бы высокое камнесѣченіе пока еще очень опасная операція, „гораздо опаснѣе оваріотоміи".

Съ дальнѣйшимъ усовершенствованіемъ техники операціи, главнымъ образомъ съ усовершенствованіемъ послѣдовательнаго леченія оперированныхъ,—можно надѣяться достигнуть и лучшихъ результатовъ относительно послѣоперaціоннаго теченія.

„Со временемъ и показанія для каждаго изъ способовъ удаленія камня изъ пузыря выясняться точнѣе; и только при строгомъ выборѣ способа для каждаго даннаго случая получится наилучшій результатъ" (стр. 531).

Этой длинной выпиской мы кончаемъ реферированіе работы д-ра *Ассендельфта*, составленной настолько тщательно, что представляетъ огромный интересъ для всѣхъ, кто интересуется и слѣдитъ за вопросомъ о леченіи каменной болѣзни.

Крайне поучительной по своимъ практическимъ совѣтамъ является работа д-ра *Вдовиковскаго*: „Антисептика при операціяхъ надъ мочевыми органами". Отсылая интересующихся къ этой работѣ (обеззараживаніе инструментовъ для мочевыхъ органовъ, правила промыванія пузыря, совѣты относительно его опорожненія при задержаніи мочи, способы антисептическаго выведенія мочи, нѣсколько словъ объ внутренней уретротоміи, срединномъ сѣченіи), мы остановимся на томъ мѣстѣ работы горячаго защитника и искустнаго литотритиста, которое прямо касается нашего предмета.

Д-ръ *Вдовиковскій* того мнѣнія, что весь успѣхъ sectionis altae зависитъ отъ хорошо наложеннаго шва или хорошо выполненнаго дренированія пузыря. Наложить тщательно шовъ—вещь очень трудная въ техническомъ отношеніи; вообще же вопросъ о пузырномъ швѣ—открытый. Не то-частичный шовъ пузыря съ примѣненіемъ дренажа, играющаго роль сифона; такой способъ ухода за пузырной раной даетъ отличные результаты, почему авторъ и сторонникъ этого шва съ дренажемъ (по *Guyon'y*). Правила наложенія частичнаго шва таковы: вскрывъ пузырь и удерживая двумя лигатурами, наложенными у его верхушки, удаляютъ камень или опухоль; послѣ этого, тщательно дезинфецируютъ пузырь промываніями и присыпкой порошкомъ іодоформа; края разрѣза осушаютъ карболизованной губкой и на нихъ накладываютъ 3—5 швовъ изъ кэт-

гута безъ захвата слизистой оболочки такъ, чтобы нижній конецъ разрѣза оставался свободенъ для проведенія черезъ него дренажной трубки. Шовъ, вся открытая часть пузыря, пудрится іодоформомъ и въ нижній уголъ пузырной раны вводится обыкновенный дренажъ (за неимѣніемъ *Guyon*'овской трубочки съ постоянной кривизной). Необходимо, чтобы дренажъ касался только bas fond пузыря и никакимъ образомъ не прилегалъ къ нему плотно. Второй рядъ кэтгутовыхъ швовъ на m. m. recti сверху и снизу дренажа; снова опудриваніе іодоформомъ и, наконецъ, послѣдній металлическій шовъ на поверхностныя ткани. Дренажъ также укрѣпляется металлическимъ швомъ, поверхъ всего антисептическая повязка. Обыкновенно при строгомъ выполненіи правилъ антисептики и неуклонномъ дѣйствіи сифона наступаетъ prima intentio сшитыхъ частей раны; черезъ 4—5 дней удаляется дренажъ. Часть раны, черезъ которую онъ проходитъ, заживаетъ быстро, особенно если сблизить края раны нѣсколькими шелковыми швами. Вмѣсто дренажа съ успѣхомъ можно употреблять эластическій катетръ (стр. 424).

Въ томъ же году вышелъ первый выпускъ клинической хирургіи проф. *Богдановскаго* [87]), въ которомъ цѣлая 7-я глава отведена вопросу о высокомъ камнесѣченіи, по поводу произведенныхъ въ клиникѣ проф. 7 эпицистотомій. Оперированы больные отъ 3 до 27 л., между ними дѣвочка 6 и женщина 27 л. Камни извлечены различной величины и вѣса: отъ 10,0 до 250,0 grm. За исключеніемъ одного (моча кислой реакціи, мутноватая, съ умѣреннымъ осадкомъ и съ слѣдами бѣлка), всѣ остальные 6 оперированныхъ имѣли щелочную мочу, мутную и съ большимъ осадкомъ, въ которомъ находились: гной, пузырный эпителій и кристаллы тройныхъ фосфатовъ; во всѣхъ случаяхъ моча содержала слѣды бѣлка, а въ одномъ при кипяченіи появлялись даже хлопья его.

У 4-хъ оперированныхъ былъ cystitis catar. mucosae, одинъ имѣлъ умѣренную степень catar. vesicae, двое же давали всю картину глубокаго пораженія пузыря: явленія cystitidis parenchymatosae cum paracystitide. Изъ оперированныхъ умерло двое, такъ что смертность=28,5. Смерть послѣдовала въ одномъ случаѣ черезъ 25 д., а въ другомъ черезъ 36 ч. Вскрытіе, какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ, указало на глубокія измѣненія въ почкахъ, пузырѣ и мочеточникахъ, такъ что слѣдуетъ заключить, что смерть послѣдовала отъ урэміи. Въ первомъ случаѣ урэмическое состояніе имѣло болѣе продолжительное теченіе, къ нему присоединилась

флегмона предпузырной клѣтчатки впереди и съ боковъ мочеваго пузыря; во второмъ урэмія была острая, осложнившаяся послѣ операціи развитіемъ общаго перитонита (гиперэмія и помутнѣніе серознаго покрова кишекъ (стр. 182 и 183); 5 операцій увѣнчались успѣхомъ; лихорадочное состояніе въ послѣопераціонномъ періодѣ продолжалось 6—12 д. Однажды наложенъ пузырный шовъ, но безъ успѣха; въ остальныхъ примѣнялся дренажъ пузыря; срокъ выздоровленія наступалъ, въ среднемъ, на 37 д.

Приступая къ оцѣнкѣ своего матеріала, проф. поступаетъ такъ. По степени пораженія пузыря больные, подвергнутые высокому камнесѣченію, принадлежали: 4 къ IV группѣ (cystitis chron. mucosae), 1—къ III группѣ (catarrhus vesicae) и 2 къ V группѣ (cystitis parenchym. cum paracystitide); операція дала 28,5% смертности. Взявъ больныхъ тѣхъ же группъ, но подвергнутыхъ боковому сѣченію (66 случ., 13 смер. исходовъ), мы видимъ, что здѣсь % смертности=24,2, т. е. на 4,3 меньше и въ пользу боковаго сѣченія. „Противъ этого вывода возраженіе можетъ состоять въ томъ, что число высокихъ литотомій небольшое, а потому выводъ не можетъ быть принятъ за убѣдительный. Величина чиселъ, конечно, важна, но нельзя же въ нашемъ клиническомъ дѣлѣ, для игры числами во что бы то ни стало, добывать возможно большее ихъ количество. Съ положительностью можно сказать, что если бы IV группа боковыхъ литотомій состояла бы исключительно изъ 28 больныхъ, подобныхъ пяти больнымъ, выздоровѣвшимъ послѣ высокой литотоміи, то при такомъ условіи и въ IV группѣ послѣ боковыхъ литотомій не было бы ни одного смертельнаго исхода. А между тѣмъ, эти пять больныхъ, надъ которыми произведено высокое сѣченіе, при условіяхъ, дозволявшихъ надъ этими же больными выполнить вѣками испытанную боковую литотомію, какому риску и опасности подвергнуты были они, если принять во вниманіе и анатомическія неудобства заживленія ранъ при эпицистотоміяхъ и ту разницу неудачныхъ исходовъ, которая съ давнихъ поръ получена отъ той и другой операціи, дающей доступъ въ пузырь, для извлеченія камней. Къ счастью, ни одна изъ этихъ пяти жертвъ научной пытливости не поплатилась своею жизнью,—а вѣдь легко могло случиться и противное, оставивъ тяжелый гнетъ и укоръ на совѣсти испытателей“ (стр. 183 и 184).

Что касается до мѣръ, предложенныхъ при эпицистотоміи съ цѣлью избѣжать мочевыхъ затековъ, то всѣ онѣ не

оправдываютъ своего назначенія; то же слѣдуетъ сказать и о пузырномъ швѣ. Статистика *Willy-Meyer* показываетъ, что заживленіе пузыря при швѣ per primam наблюдается только въ 16 случ. изъ 41. Шовъ, примѣненный однажды въ клиникѣ профессора, окончился неудачно; другой разъ шовъ неудалось наложить, вслѣдствіе глубокаго положенія пузыря и ограниченнаго поля операціи; извѣстны случаи наложенія шва на пузырь и на рану брюшныхъ стѣнокъ его учениками д-ми *Дуброво* и *Полисадовымъ*, гдѣ высокая лихорадка и напряженіе краевъ брюшной раны заставили снять швы и дать свободный стокъ мочи *).

Предложеніе проф. *Géza v. Antal* вскрывать пузырь не прямолинейнымъ разрѣзомъ, „а по способу *Simon*'а и *Hegar*'а оживленія краевъ пузырновлагалищныхъ свищей", вызываетъ слѣдующее замѣчаніе автора: „этотъ случай доказываетъ, съ какою храбростью и съ легкимъ сердцемъ проф. *Géza v. Antal* подвергаетъ довѣряющихся ему больныхъ своимъ научнымъ попыткамъ и опытамъ. Но опытъ г. *Géza v. Antal*, правда счастливый по результатамъ, не можетъ служить примѣромъ, заслуживающимъ подражанія и повторенія его на больныхъ, которые, по степени страданія мочеваго пузыря, могутъ быть освобождены отъ камня испытанною боковою цистотоміею, очень мало и даже почти не рискуя своею жизнью. Да и основанія модификаціи, предлагаемой г. *Géza v. Antal*, шатки и не безошибочны. Во-первыхъ, у страдающихъ камнями мочеваго пузыря, стѣнки его тонки далеко не въ большинствѣ случаевъ. Во-вторыхъ, наклонность къ заживленію per primam обусловливается не способами разрѣзовъ и прорѣзовъ тканей острыми ножами, а свойствомъ самихъ тканей, подвергаемыхъ хирургически-правильному раненію и сшиванію ихъ. Хирургъ-врачъ—не столяръ, больной оперируемый—не матеріалъ для приготовленія той или другой мебели. Въ-третьихъ—сшиваніе раны стѣнки пузыря не можетъ служить вѣрнымъ обезпеченіемъ предупрежденія реактивнаго нагноительнаго воспаленія въ прорѣзанномъ и разорванномъ рыхломъ слоѣ предпузырнаго пространства, а потому опасность отъ нагноенія и затековъ гнойныхъ по рыхлой клѣтчаткѣ таза не предустраняется модификаціею г. *Géza v. Antal* (стр. 185).

Предложеніе д-ра *Эбермана*, сшивать края пузырной раны съ краями брюшной, не можетъ быть принято: во-1-хъ,

---

*) О другихъ, весьма многочисленныхъ, случаяхъ примѣненія шва на пузырь русскими врачами, профессоръ не упоминаетъ.

потому что не всегда можно разсчитывать на срощеніе этихъ стѣнокъ между собою, а во-2-хъ, въ случаѣ даже успѣха, при такомъ срощеніи измѣняется анатомическое положеніе пузыря. Плотно спаенный съ брюшной стѣнкой, пузырь въ такомъ случаѣ прощупывается надъ лоннымъ соединеніемъ въ видѣ выпячивающейся плотной округлой опухоли, лежащей поверхностно подъ кожей. Такой пузырь подвергается смѣщенію, тренію при каждомъ сокращеніи брюшнаго пресса, а это не можетъ не повлечь за собой новыхъ приступовъ страданія пузыря, сопровождаемыхъ такими же измѣненіями мочи, какъ будто бы у оперированнаго въ пузырѣ снова образовался камень. Такая оцѣнка предложеннаго способа — не теоретическое разсужденіе, а наблюденіе одного больнаго-армянина, которому сдѣлана высокая литотомія съ примѣненіемъ описаннаго выше способа, и обратившагося въ клинику профессора черезъ годъ послѣ операціи съ только что сказанными разстройствами пузыря.

Выводъ тотъ, что ни одинъ изъ разобранныхъ способовъ ухода за пузырной раной не можетъ гарантировать насъ отъ затековъ и потому статистика говоритъ не въ пользу высокаго камнесѣченія.

Тѣмъ не менѣе время отъ времени появляются защитники этой операціи и возбуждается вопросъ о замѣнѣ боковой литотоміи эпицистотоміей, какъ имѣющей больше преимуществъ. Вопросъ этотъ—спорный и можетъ быть съ убѣдительностью рѣшенъ лишь только сравнительнымъ путемъ, а именно: извѣстное число больныхъ съ одинаковымъ разстройствомъ пузыря, при всѣхъ равныхъ другихъ условіяхъ, подвергнуть боковому сѣченію, другое такое же число больныхъ оперировать высокимъ сѣченіемъ; тогда результатъ опыта будетъ рѣшающимъ. Но такой опытъ—непозволителенъ, такъ какъ, напр., больныхъ III группы съ легкимъ и умѣреннымъ катарромъ мочеваго пузыря, изъ которыхъ при производствѣ боковой литотоміи умеръ только одинъ (3,9%) и то отъ побочной причины, нельзя же подвергать опасности высокаго сѣченія, дающій большой % смертности, лишь ради опыта и пытливости защитниковъ высокаго сѣченія. Проф. все же выражаетъ надежду, что защитники высокой литотоміи представятъ научно-разработанныя „безпристрастно-откровенныя данныя“ въ доказательство преимуществъ высокаго камнесѣченія передъ боковымъ. „Для эпицистотомистовъ, говоритъ авторъ, легче выполнить эту задачу, такъ какъ приверженцы высокихъ литотомій по убѣжденію и съ спокойною совѣстью

примѣняютъ ихъ въ каждомъ представившемся случаѣ" (стр. 188).

Пока же цифры—не въ пользу высокой литотоміи. По статистикѣ *Garzia* *) (94 случ.) % смертности=24,5, по *Tuffier* (120 случ.) %=27; по *Веревкину* (24 случ.) смертность=33%. Причина смерти въ статистическомъ матеріалѣ только что упомянутыхъ авторовъ—мочевая инфильтрація и острый перитонитъ. *Thompson* (6 случ.) получилъ 16% смертности, *Dittel* (13 случ.) потерялъ 5 оперированныхъ, т. е. % смертности= =38,4, *Guyon* (8 случ.) потерялъ 3, %=37,5. У д-ра *Макавѣева* (11 случ.) одинъ остался съ фистулой, двое же послѣ рожи изнемогли отъ истощенія", у д-ра *Тиллинга* (4 случ.) выздоровѣли всѣ, но одинъ остался со свищемъ, а у другаго послѣ операціи на мѣстѣ рубца образовалась грыжа мочеваго пузыря. Счастливѣе всѣхъ оказались проф. *Bergmann* и *v. Iterzon;* первый на 10 случ. не потерялъ ни одного оперированнаго, второй съ такимъ же успѣхомъ оперировалъ въ 12 случ. Изъ этого перечня видно, „какъ противорѣчива, а потому и мало убѣдительна, статистика, полученная каждымъ въ отдѣльности изъ приверженцевъ высокихъ литотомій" (стр. 189).

Далѣе проф. *Богдановскій* критически разбираетъ доводы, высказанные проф. *Bergmann*'омъ [88]) въ защиту эпицистотоміи на XV конгрессѣ нѣмец. хирурговъ. Эти доводы слѣдующіе: *a*) при промежностныхъ литотоміяхъ съ разрѣзомъ предстательной железы является опасность сильныхъ кровотеченій изъ простаты, въ случаѣ ея гипертрофіи: проф. однажды потерялъ подобнаго больнаго отъ кровотеченія; *b*) разлитое гнойно-инфильтраціонное воспаленіе околопузырной клѣтчатки и *c*) это послѣднее въ связи съ піэлонефритомъ, который въ свою очередь зависитъ отъ обломковъ камней, остающихся неизвлеченными при промежностныхъ литотоміяхъ и литотритіяхъ; они то вызываютъ своимъ присутствіемъ ожесточеніе почечныхъ страданій. „При сѣченіи черезъ промежность, говоритъ проф. *Bergmann*, вскрываются тѣ слои клѣтчатки, которые служатъ мѣстомъ развитія наиболѣе опасныхъ флегмонъ, оканчивающихся перитонитомъ" (стр. 191). Ничего подобнаго не можетъ быть при высокомъ камнесѣченіи.

Доводы эти мало доказательны. 1) Кровотеченіе изъ простаты не должно быть причиною смерти, такъ какъ противъ этого нежелаемаго осложненія мы имѣемъ вѣрное средство:

---

*) Здѣсь очевидно опечатка, просмотрѣнная уважаемымъ хирургомъ. Работы *Garzia* не существуетъ, есть извѣстная работа *Garcin*.

тампонаду раны съ трубочкою. На 117 боковыхъ литотомій, произведенныхъ въ клиникѣ проф. *Богдановскаго*, ни одинъ оперированный не погибъ отъ кровотеченія; многимъ изъ нихъ была примѣнена тампонада съ трубочкой и она не вызвала никакихъ дурныхъ послѣдствій. 2) Удаленіе камня или осколковъ при боковой литотоміи можетъ быть произведено вполнѣ; пузырь опоражнивается начисто. Въ тѣхъ 117 литотоміяхъ, между которыми были случаи съ 2,6 камнями, а также осколками отъ большихъ раздробленныхъ камней, въ пузырѣ послѣ операціи ничего не оставалось. 3) Въ 24-хъ смертныхъ случ., гдѣ летальный исходъ зависѣлъ отъ урэміи при глубокихъ пораженіяхъ почекъ (nephritis interstitialis et nephritis parenchymatosa cum pyelitide) вскрытіе подтвердило, что пузырь былъ начисто освобожденъ отъ камней и осколковъ. Слѣдовательно, неудобства боковаго сѣченія, при которомъ будто бы нельзя вполнѣ очистить пузыря — скорѣе теоретическія, обостреніе же почечныхъ страданій, какъ думаетъ проф. *Bergmann*, отнюдь не обусловливается остающимися въ пузырѣ осколками.

Развитіе различныхъ гнойно-инфильтраціонныхъ воспаленій околопузырной клѣтчатки какъ разъ имѣетъ мѣсто при высокомъ камнесѣченіи, а не при боковой литотоміи. При эпицистотоміи околопузырная клѣтчатка ушибается, прорѣзывается, всячески инсультируется; дойти до пузыря невозможно, не подвергнувъ большой травмѣ эту клѣтчатку. Не то при боковомъ камнесѣченіи, гдѣ при правильной техникѣ операціи мы не имѣемъ дѣла съ этой клѣтчаткой, такъ какъ не выходимъ изъ предѣловъ capsulae urethro-prostaticae.

Мнѣніе проф. *Bergmann*'а относительно неизбѣжности разрѣза клѣтчатки между простатой и сѣмянными пузырьками — ошибочно. „Слой рыхлой клѣтчатки Дугласова пространства и покрывающій сѣмянные мѣшечки (vesicae seminales) изолированъ отъ слоя околопростатической клѣтчатки крѣпкими и плотными апоневрозами уретро-простатической капсулы (capsula urethro-prostatica), составляющими прочную и надежную, чисто анатомическую преграду между ними. Въ разрѣзахъ, ограничивающихся не одною только шейкою пузыря, но захватывающихъ при этомъ всю толщу заднебоковой стѣнки нижняго сегмента пузыря и распространяющихся за границы capsulae urethro-prostaticae, заключается вся неправильность оперативнаго пріема при

цистотоміяхъ чрезъ промежность, которая неизбѣжно влечетъ за собою всѣ фатальныя послѣдствія. Вина въ этомъ не въ оперативномъ методѣ, а въ неправильномъ его выполненіи“, говоритъ профессоръ (стр. 192 и 193).

Въ 24-хъ случ. боковой литотоміи, окончившихся смертью въ клиникѣ проф. *Богдановскаго*, ни разу не была вскрыта сказанная капсула, равно и слой клѣтчатки, одѣвающій сѣмянные пузырьки; все это подтверждено вскрытіемъ. А между тѣмъ изъ 24-хъ случ.: въ 4-хъ наблюдалось разлитое гнойно-инфильтраціонное воспаленіе околопузырной клѣтчатки, въ 6-ти—гнойное скопленіе впереди, съ боковъ и сзади пузыря въ Дугласовомъ пространствѣ, или разсѣянные гнойники въ стѣнкѣ самого пузыря: 2 раза ограниченное скопленіе гноя въ околопузырной клѣтчаткѣ вскрылось через незажившія еще литотомическія раны на промежности. При всѣхъ такихъ осложненіяхъ раны на промежности болѣе гарантируютъ жизнь оперированныхъ отъ угрожающихъ имъ опасностей, чѣмъ новые разрѣзы брюшныхъ стѣнокъ, какъ это пришлось сдѣлать проф. *Bergmann*'у въ одномъ изъ его высокихъ камнесѣченій, гдѣ скопленіе гноя вызвало разрѣзъ брюшной стѣнки, параллельно Пупартовой связкѣ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что самыя гибельныя разлитыя флегмоны околопузырной клѣтчатки обусловливаются тѣми или другими разстройствами почекъ: разъ эти измѣненія существуютъ, то они одинаково гибельно вліяютъ на исходъ какъ боковаго, такъ и высокаго камнесѣченій. „Утверждать противуположное, т. е. стараться доказывать, что разстроеннымъ почкамъ милѣе эпицистотомія, чѣмъ боковая промежностная, настолько же основательно, какъ и предположеніе, что на субъектахъ съ брайтовскими и амилоидноперерожденными почками, съ амилоидомъ въ печени и селезенкѣ, выше произведенная круговымъ сѣченіемъ ампутація той или другой конечности болѣе вѣрно даетъ успѣшный результатъ, сравнительно съ ампутаціей той же конечности по способу эллиптическому или овальному, но примѣненному ниже“ (стр. 192).

Что же даетъ право проф. *Bergmann*'у ожидать лучшихъ результатовъ высокой литотоміи въ будущемъ? Пузырный шовъ? Онъ оказался несостоятельнымъ. Антисептическая тампонада раны?

„Но это ожиданіе тоже не оправдается, такъ какъ не въ нашей власти опредѣлять и по нашему усмотрѣнію направлять характеръ ре-

активнаго воспаленія въ раненыхъ нашимъ хирургическимъ ножемъ тканяхъ. Если бы мы обладали такими средствами, то навѣрное бы не встрѣчали неудачъ въ нашихъ операціяхъ“ (стр. 196).

Слѣдующими словами заканчиваетъ проф. *Богдановскій* свою VII главу объ эпицистотоміи: „Вся суть и главная наша цѣль должна состоять въ изысканіи вѣрныхъ безошибочныхъ клиническихъ средствъ, для точнаго опредѣленія степени разстройствъ почекъ, запутываемый многосторонними и сложными анатомо-патологическими измѣненіями, неразрывно связанными съ каменною болѣзнью. При такихъ условіяхъ намъ можно будетъ впередъ вѣрнѣе разсчитывать, чего можно ожидать отъ нашихъ оперативныхъ пріемовъ, направленныхъ къ освобожденію больныхъ отъ мочевыхъ камней. Замѣна же одного оперативнаго метода другимъ, съ модификаціями ихъ, едва ли много можетъ помочь въ достиженіи трудныхъ и нерѣдко неблагодарныхъ обязанностей, — спасать больныхъ отъ угрожающей имъ гибели“ (стр. 197).

Причины, побудившія насъ такъ подробно реферировать работу проф. *Богдановскаго*,—весьма понятны. Извѣстная, всѣми признанная, опытность почтеннаго клинициста заставила насъ быть крайне осторожными въ передачѣ его взгляда на высокое камнесѣченіе; мы снабдили нашъ рефератъ многочисленными и длинными выписками работы автора, такъ какъ боялись своей передачей, лишить главу его труда объ эпицистотоміи того интереса и вниманія, которыхъ она заслуживаетъ.

Однако, къ сожалѣнію, не можемъ не упомянуть, что эта глава далеко неполна и носитъ слишкомъ односторонній характеръ.

Никто не былъ бы вправѣ требовать большаго, если бы дѣло ограничивалось только передачей наблюденій и выводовъ, сдѣланныхъ проф. на основаніи 7 случ. операціи его клиники. Совсѣмъ другія требованія мы можемъ предъявлять, разъ почтенный хирургъ, не ограничиваясь этимъ, приступаетъ къ сравнительной оцѣнкѣ операціи; при такомъ условіи сказанная глава является далеко неполной, а отсюда и носитъ односторонній характеръ. Укажемъ на главное.

Говоря о большомъ % смертности послѣ эпицистотоміи, авторъ не упоминаетъ о многихъ опубликованныхъ въ то время у насъ, не говоря о заграницѣ, удачныхъ случаяхъ sectionis altae; указывая на непригодность шва, нисколько не останавливается на другомъ методѣ ухода за раной пузыря— дренажѣ, практикуемомъ съ хорошимъ успѣхомъ большин-

ствомъ хирурговъ; за то останавливается на оцѣнкѣ способа пришиванія краевъ пузырной раны къ краямъ брюшной, который показанъ для исключительныхъ случаевъ и никогда, по многимъ весьма важнымъ причинамъ, не будетъ имѣть успѣха. Наконецъ, намъ кажется страннымъ, почему почтенный хирургъ полемизируетъ только съ однимъ проф. *Bergmann*'омъ, какъ будто бы заграницей только онъ одинъ является сторонникомъ высокаго камнесѣченія; проф. *Богдановскому*, конечно, было извѣстно, что изъ иностранныхъ хирурговъ, въ то даже время, уже никто не дѣлалъ боковой литотоміи.

Вотъ въ короткихъ словахъ то, что невольно приходитъ на мысль при чтеніи интересной главы объ эпицистотоміи почтеннаго автора; приходится искренне сожалѣть, что многіе весьма важные вопросы, касающіеся sectionis altae, были совсѣмъ не затронуты; отвѣтъ же на нихъ, равно и безпристрастная, строго-научная оцѣнка извѣстнаго клинициста многихъ опубликованныхъ въ то время случаевъ операціи, представили бы огромный интересъ.

Кромѣ только что приведенныхъ работъ по вопросу о высокомъ камнесѣченіи, въ томъ же году мы имѣемъ казуистическія сообщенія: д-ровъ *Асмута* [89]), *Богаевскаго* [90]), *Груберта* [91]), *Иванова* [92]), *Пенкина* [93]), *Путохина* [94] и [95]). Всѣ они съ похвалой отзываются о высокомъ камнесѣченіи. Изъ этихъ опубликованныхъ случаевъ представляютъ особый интересъ одинъ — д-ра *Груберта*, гдѣ, кромѣ рѣдкой аномали peritonei, а именно срощенія ея съ симфизомъ, черезъ $10^1/_2$ мѣс. послѣ sectionis altae оперированный снова поступилъ въ больницу съ явленіями задержанія мочи. По изслѣдованіи оказалось, что непосредственно позади fos. navicularis находилось нѣсколько конкрементовъ-фосфатовъ, ядро которыхъ состояло изъ 3-хъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ и части непрерывнаго, наложенныхъ на пузырь во время операціи.

Въ 1888 г. мы встрѣчаемъ нѣсколько работъ: д-ровъ *Барциковскаго* [96]), *Кадіяна*, *Кътлинскаго* [97]), *Милевскаго* [98]), *Мультановскаго* [99]), *Русанова* [100]), *Салищева* [101]), *Сегаля* [102]), *Турнера* [103]), *Янсена* [104]), которыя или прямо или весьма близко касаются интересующаго насъ вопроса; сюда же должно быть отнесено и дополненіе къ описанію производства sectionis altae, сдѣланное проф. *Подрезомъ* [105]), въ редактированномъ имъ руководствѣ къ оперативной хирургіи *Löbker*.

Д-ръ *Милевскій*, описывая свой удачный случай colpo cystotomiae, нѣсколько останавливается на разборѣ тѣхъ ме-

тодовъ, которые примѣнимы для удаленія камней у женщинъ.

У нихъ, благодаря анатомическимъ условіямъ мочевыхъ путей, камнедробленіе является вполнѣ достаточнымъ методомъ для удаленія большинства камней; въ исключительныхъ же случаяхъ, гдѣ необходимо камнесѣченіе, выборъ долженъ быть сдѣланъ между влагалищнымъ и высокимъ разрѣзомъ. Показанія къ той или другой операціи зависятъ отъ особенностей каждаго случая, какъ то: положенія камня, его величины и т. д.; многіе предпочитаютъ colpocystotomiam.

Сообщеніе д-ра *Мультановскаго* представляетъ большой интересъ какъ по громадной величинѣ (1¹/₂ ф. и 2 драх.) извлеченнаго камня, такъ, главнымъ образомъ, и потому, что для удаленія его потребовалось вскрыть пузырь крестообразнымъ разрѣзомъ; при этомъ продольный разрѣзъ тянулся отъ верхушки пузыря почти до пузырнаго отверстія уретры, продольный же—отъ одного края пузыря до другаго. Не смотря на нарушеніе цѣлости sphincteris et detrusoris vesicae, функція пузыря не пострадала нисколько, и въ выведеніи мочи не замѣчалось никакихъ разстройствъ. Наблюденіе это даетъ основаніе д-ру *Мультановскому* предложить „крестообразный разрѣзъ пузыря при большихъ камняхъ, какъ очень облегчающій выведеніе ихъ, особенно же въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется на лицѣ сильно выраженное утолщеніе пузырной стѣнки“ (стр. 979).

Д-ръ *Салищевъ* сдѣлалъ въ Об-вѣ Русскихъ Врачей въ высшей степени интересный и важный докладъ „*О боковомъ камнесѣченіи въ анатомо-хирургическомъ отношеніи*“.

Указавъ на тѣ недостатки, которые видятъ въ боковомъ камнесѣченіи противники операціи, недостатки, признаваемые отчасти и защитниками ея, докладчикъ сообщилъ о своихъ изслѣдованіяхъ относительно анатоміи операціоннаго поля при боковомъ разрѣзѣ.—Имъ произведено на трупахъ при самомъ строжайшемъ соблюденіи всѣхъ правилъ техники операціи, 40 боковыхъ литотомій. Послѣ этого, 15 труповъ заморожены и операціонная рана изслѣдована на распилахъ промежности, остальные—путемъ тщательной препаровки.

Результатъ работы: нѣсколько весьма важныхъ практическихъ указаній, предохраняющихъ насъ отъ раненія луковицы, внутренней срамной артеріи, прямой кишки; совѣтъ вести разрѣзъ не на средину разстоянія между бугромъ и anus, а на бугоръ, такъ какъ только при этомъ направленіи разрѣза предстательная железа рѣжется въ наибольшемъ

нижнемъ косомъ діаметрѣ, не перерѣзывается лѣвый выбрасывательный притокъ и никогда не ранится прямая кишка.

Но что считаемъ мы особенно важнымъ и на что особенно указываемъ, такъ это послѣдній выводъ автора, который и приводимъ цѣликомъ: „Даже при весьма ограниченныхъ разрѣзахъ, проводимыхъ черезъ предстательную железу, — разрѣзахъ, не превышающихъ 24 млм., рана всегда выходитъ изъ предѣловъ сумки предстательной железы въ эту богатую венами рыхлую ткань, которая окружаетъ сѣмянные пузырки и вмѣстѣ съ послѣдними вдвигается въ полулунную вырѣзку, расположенную между верхнею поверхностью третьей доли железы съ внутреннимъ пузырнымъ жомомъ; эта рана можетъ распространяться на 2—8 млм. въ рыхлой ткани и въ тоже время окончиться какъ разъ у задняго края верхней поверхности предстательной железы. При такихъ разрѣзахъ не ранится венное сплетеніе, расположенное сбоку верхней части железы: болѣе же длинные разрѣзы, доходящіе до 35 млм., вскрываютъ его“ (стр. 375 и 375).

Д-ръ *Сегаль*, по поводу своихъ 2-хъ случаевъ операціи, указываетъ на одно преимущество высокаго камнесѣченія. Оно заключается въ томъ, что рана пузыря можетъ быть много меньше величины камня и все же, благодаря чрезвычайной растяжимости пузыря, камень извлекается легко. Травма краевъ раны при этомъ незначительна и „не вліяетъ на ходъ заживленія вторымъ натяженіемъ. Конечно, кто хочетъ при операціи примѣнить шовъ пузыря, тотъ долженъ избѣгать и этой травмы, но накладывать шовъ „сподручно только опытнымъ и искуснымъ хирургамъ“ (стр. 580).

Д-ръ *Кадіянъ*, какъ мы уже видѣли, такъ горячо стоявшій на 1-мъ Съѣздѣ Русскихъ Врачей за верхнюю литотомію у дѣтей, въ новой работѣ, нѣсколько измѣнилъ свое мнѣніе.

Въ отчетѣ о своей хирургической дѣятельности за 1886 г. въ главѣ о каменной болѣзни, д-ръ *Кадіянъ* сообщаетъ, что за послѣдніе года (1885 и 1886) имъ сдѣлано 21 боковое, 3 срединныхъ и 15 высокихъ камнесѣченій. При промежностныхъ способахъ не было ни одного смертельнаго исхода, при высокомъ сѣченіи ихъ три. На анализѣ этого матеріала авторъ и останавливается.

Sectio alta была примѣнена у дѣтей отъ 1 до 9 л. въ 14 случ. и однажды у взрослыхъ. Всѣ операціи дѣлались при одной и той же обстановкѣ: повязка, уходъ за пузырной

раной, оперативный методъ тотъ же, что описанъ раньше въ Дневникѣ Съѣзда Врачей. Катарръ пузыря наблюдался только у 3-хъ дѣтей; у нихъ моча содержала гной; пораженіе почекъ не наблюдалось ни разу. У взрослаго сильный катарръ пузыря, недержаніе мочи; она мутна, щелочной реакціи и содержала бѣлокъ; въ осадкѣ много гною и амміачныхъ солей. У дѣтей всѣ камни—небольшихъ размѣровъ, вѣсомъ отъ 10 и до 82 гранъ; у взрослаго камень уро-фосфатъ и вѣсилъ около 480 гранъ. У 7 оперированныхъ послѣопераціонное теченіе прошло безъ лихорадки, у 5-ти по два, по три дня лихорадочныя колебанія между 38 и 39°; у одного съ гнойнымъ катарромъ пузыря т-ра поднималась выше 39°. Въ случаяхъ, окончившихся летально, т-ра повышалась или сейчасъ же за операціей, или же спустя нѣкоторое время; т-ра колебалась до 40°. Брюшная рана заживала первымъ натяженіемъ почти во всѣхъ случаяхъ; нѣсколько разошлась около дренажа у лихорадившаго. Дренажный ходъ закрывался на 6—18 д., въ среднемъ на 12 д., и съ этого дня моча шла нормальнымъ путемъ. Никакихъ осложненій во время и послѣ операціи; заживленіе, въ среднемъ на 16-й д., наступало полное.

Смертельный исходъ операціи у взрослаго, уже подвергавшагося раньше боковой литотоміи, принятаго весьма истощеннымъ, съ недержаніемъ рѣзко измѣненной въ составѣ мочи, лихорадящимъ, заставилъ д-ра *Кадіяна* высказаться, что въ данномъ случаѣ оперативный методъ не при чемъ. Исходъ при такихъ неблагопріятныхъ обстоятельствахъ былъ бы одинъ и тотъ же при всякомъ способѣ операціи, но зато въ этомъ случаѣ, говоритъ авторъ: „верхнее камнесѣченіе не показало никакихъ выгодъ для оперированія при тяжкихъ условіяхъ“ (l. c., стр. 508).

Еще худшее впечатлѣніе произвели два смертныхъ случая у дѣтей. Оба оперированныхъ (вскрытія не было) погибли отъ остраго септическаго перитонита. Чѣмъ было вызвано воспаленіе брюшины—осталось не выясненнымъ. Авторъ думаетъ, въ одномъ случаѣ гнилостная инфекція произошла во время операціи, въ другомъ—отъ инфильтраціи гнойной мочей. Оба эти случая поколебали взглядъ д-ра *Кадіяна* на верхнюю литотомію, какъ операцію безопасную у дѣтей; особенно въ виду того, что это были не первыя операціи, гдѣ неудачу можно было было бы отнести къ недостатку техники, а 13 и 14-я (стр. 509).

Sectio lateralis произведена 21 разъ въ возрастѣ отъ 5 и до 25 л. при малыхъ и большихъ камняхъ. Мелкіе камни извле-

кались ложкою, крупные—щипцами; камни удалялись цѣликомъ, нѣкоторые съ большимъ насиліемъ. Моча послѣ операціи шла нормальнымъ путемъ между 2 и 12 д., въ среднемъ черезъ 7 д.; рана заживала на 12—36, въ среднемъ—на 22 д. Изъ оперированныхъ ни одинъ не умеръ; выписались двое съ недержаніемъ мочи и одинъ со свищемъ.

Sectio mediana примѣнена въ 3-хъ случ. и въ возрастѣ не свыше 18 л. Всѣ оперированные выздоровѣли, между ними одинъ съ недержаніемъ мочи; этотъ послѣдній случай (камень неподвижный, пузырно-простатическій) не можетъ быть взятъ въ оцѣнку оперативнаго метода, такъ какъ недержаніе мочи наблюдалось и до операціи, черезъ шейку пузыря не вводился ни одинъ инструментъ, недержаніе мочи произошло вслѣдствіе долгаго расширенія ея неподвижнымъ камнемъ.

Разобравъ свой матеріалъ, д-ръ *Кадіянъ* приходитъ къ слѣдующему выводу:

„*Въ отношеніи жизни lithotomia alta опаснѣе другихъ методовъ*, но быстрое заживленіе раны (на 16 д. при lithotomia alta и на 23-й д. при sectio lateralis), почти безлихорадочное теченіе всѣхъ удачныхъ случаевъ, а главное, послѣ операціи—полное выздоровленіе безъ взякихъ осложненій, въ видѣ недержанія мочи или свищей, даютъ высокой литотоміи большія преимущества; причина же смертныхъ исходовъ совершенно неясны, и, можетъ быть, устранимы при болѣе тщательномъ изученіи этой операціи, *такъ что я все-таки думаю, что будущее принадлежитъ высокому сѣченію*" (стр. 512, курсивъ нашъ).

Проф. *Подрезъ*, въ редактированномъ имъ руководствѣ по оперативной хирургіи проф. *Löbker*, дѣлаетъ довольно подробное дополненіе къ описанію производства эпицистотоміи и высказываетъ свой взглядъ на эту операцію. „Она, по мнѣнію профессора, въ настоящее время пріобрѣтаетъ значеніе господствующаго способа леченія пузырныхъ страданій: камней и опухолей" (стр. 475). Въ силу усовершенствованной техники должна считаться выше всѣхъ остальныхъ способовъ камнесѣченія; преимущества операціи передъ другими методами—велики. При ней не только не повреждаются важные органы, но она допускаетъ самый подробный осмотръ пузыря глазомъ или пальцемъ. Опасности при эпицистотоміи, которыя всегда ставятся на видъ операціи, въ настоящее время много потеряли въ своемъ значеніи: раненія брюшины можно избѣжать, оперируя по *Petersen*'у, мочевой же инфильтраціи—

примѣняя различные способы ухода за раной пузыря, какъ то: дренажъ, модификацію д-ра *Эбермана* и различные виды пузырнаго шва, въ томъ числѣ и предложенный имъ „*предварительный швовъ пузыря*". На этомъ послѣднемъ мы остановимся ниже.

Послѣдней работой мы заканчиваемъ очеркъ литературы по вопросу о высокомъ камнесѣченіи въ нашемъ отечествѣ.

Согласно намѣченному плану, переходимъ теперь къ разбору собраннаго матеріала, распредѣливъ его на двѣ группы: *доантисептическаго* (62 случ.) и *антисептическаго* (427 случ.) періода операціи.

Но прежде чѣмъ приступить къ краткой оцѣнкѣ первой группы и, по возможности, подробной оцѣнкѣ второй, мы должны оговориться, что собранный матеріалъ быть можетъ не обнимаетъ собою всѣхъ операцій высокаго камнесѣченія, опубликованныхъ въ нашей литературѣ. Не смотря на стараніе и довольно продолжительное время, потраченное на собираніе необходимыхъ свѣдѣній, легко можетъ быть, что нѣкоторыя сообщенія объ эпицистотоміи остались намъ неизвѣстны.

Полагаемъ, однако, что этого не случилось; въ противномъ случаѣ думаемъ, что ни кто не поставитъ намъ въ особенную вину невольнаго недосмотра; кому приходилось рыться въ библіотекахъ для собиранія тѣхъ или другихъ данныхъ, тотъ знаетъ, какъ легко при этомъ впасть въ ошибки, избѣжать которыхъ, даже при самомъ искреннемъ желаніи, часто бываетъ невозможно.

ТАБЛИЦА I.

Случаи высокаго камнесѣченія доантисептическаго періода.

№№ по порядку.	Кто, гдѣ и когда оперировалъ.	Возрастъ, полъ больнаго; продолжительность болѣзни.	Состояніе больнаго и мочи до операціи.	Способъ операціи.	Осложненія во время операціи.	Состав вѣсъ размѣр камня грам. сант
1	**Грумъ-Гржимайло.** Бѣлорусско-Могилевскій госпиталь. 1823.	32 л.		При выполненіи боковой литотоміи оказалось невозможнымъ извлечь камень: сдѣлана sectio alta, но камень не извлеченъ и этимъ путемъ.		328, Длина указате ный пал взросл ширина того - пальц толщин онаг
2	**Ушаковъ.** 1816—1833.					180,
3	Проф. **Китеръ.** Казань. 1844.	Дѣвочка 10 л.				35, Aci uric. calc phosp ammo
4	**Гейфельдеръ.** Гельсингфорсъ. 1856.	32 л.	Сильно истощенъ, признаки цынги. Боли при мочеиспусканіи; въ мочѣ примѣсь крови.	Пузырь налитъ теплой водой; вскрытъ руководствуясь клювомъ катетра; разрѣзъ расшир. внизъ тупоконечнымъ бистури.		Камен диверт лѣ; вер слои ф фаты acid. o 134, 3,7×2
5	Проф. **Пироговъ.** Въ деревнѣ.	70 л.		При выполненіи боковой литотоміи оказалось невозможнымъ удалить камень; сдѣ-	Надорвана передняя складка брюшины.	Урат 238

…за раной …и брюш- …ѣнки. По- …язка.	Послѣоперационный періодъ. Протоколъ вскрытія.	Исходъ.	Примѣчанія.
	Черезъ 2 м. смерть «Главное дѣло состояло въ томъ, что плевистые каналы, идущіе отъ почекъ и открывающіеся въ мочевомъ пузырѣ, приводящіе мочу изъ первыхъ въ послѣдній, были расширены такъ, что мизинецъ входилъ въ сіи мочеточники; они были наполнены жидкою массою сине-пепельнаго цвѣта. Почти таковая же жидкая масса содержалась въ лоханкѣ и даже чашечкахъ почекъ. Почки въ наружномъ и внутреннемъ своемъ строеніи, повидимому, находились въ естественномъ состояніи. Сіе послѣднее обстоятельство убѣдило меня, что вещество, изъ коего составился въ пузырѣ описанный мною мочевой камень, видимо образовалось въ почкахъ».	Умеръ черезъ 60 д.	Другъ Здравія, 1834 г., № 21, стр. 126.
	Извлеченный камень доставленъ (1857) въ кабинетъ Спб. Медик.-Хир. Академіи. Стр. 24, статья подписана *Москвичъ*.	Неизв.	**Родзевичъ** [54]). Земск. Мед. 1885. Медиц. Вѣстн. 1865, № 3.
	Подробностей никакихъ.	Умер-ла.	**Пеликанъ** [5]), стр. 58 и 59.
…у брюш- …нки 4 сер- …сверху …тый ком- …съ ма- …и холод- …губка.	Въ день операціи и ночью 2 раза моча съ примѣсью крови; къ вечеру слѣдующаго дня упадокъ силъ и смерть. **Вскрытіе.** Стѣнка пузыря утолщена; въ нижней части размягченное мѣсто, дивертикулъ, гдѣ помѣщался камень; по бокамъ дивертикула наслоенія. Въ пузырѣ моча, сгустки крови и гной. Никакихъ признаковъ перитонита. Въ уретрѣ, слизистая оболочка которой вблизи пузыря сильно инъецирована, ложные ходы. Атрофія правой почки, лѣвая почка гипертрофирована и гиперэмирована. Печень мѣстами жирно перерождена, полнокровна; селезенка велика и полнокровна.	Умеръ черезъ 30 ч.	**Flury** [106]). Стр. 43 и 44.
	Все время послѣ операціи ничего особеннаго, кромѣ одного сильнаго сотрясательнаго озноба, тотчасъ послѣ операціи, да осадка на краяхъ обѣихъ ранъ (промежности и бѣлой линіи).	Вызд. черезъ 49 д.	**Пироговъ** [6]). Ч. I, стр. 10. Объ этомъ же случ. у **Богдановскаго** [87]), стр. 387, случ. 96.

				лана высокая. Камень плотно сидѣлъ въ мочевомъ пузырѣ, извлеченъ не легко при помощи приподнятія черезъ прямую кишку.		
6	**Поликовскій.** Ст. Наурская, Терская область. 1866.	Около 40 л.				6×4,4
7	**Гаагъ.** Москва. 1874.	Дѣвочка 4 л. 2 г.	Катарръ пузыря. Сильные и частые позывы на мочеиспусканіе. Prolapsus recti.			Ура 3,3×
8	**Дуброво.** Московск. губерн., Дмитровск. уѣздъ. 1875.	14 л.				
9	»	13 л.				
10	Проф. **Склифосовскій.** Петербургъ. 1875.	Взросл. мужч.				
11	**Валь.** Дѣтская больница Принца Петра Ольденбургскаго. Петербургъ. 1871.	2 л. 1 г.	Питаніе плохо. Моча вонючая, слабо - кислая. Странгурія. Prolapsus ani.	.	Камень раскрошился; извлеченіе обломковъ продолжит. время.	Фосф ур
12	**Геппнеръ.** 1873.	10 л. 4 г.	Плохое питаніе. Моча мутная, кислая. Странгурія, prolapsus ani. Легкая лихорадка.	Описанія нѣтъ въ исторіи болѣзни.		

брюшной ки не заши- залась.	Никакихъ осложненій; на 12 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 30 д.	**Родзевичъ** [52]). Земская Медиц. 1885 г.
гръàdemeu- (извлеченъ скоро).	Въ первое время послѣ операціи моча шла черезъ уретру, а затѣмъ 11 д. черезъ рану; съ 12 дня идетъ черезъ уретру. Ежедневно теплыя ванны. На 16 д. изъ раны отдѣлился клочекъ омертвѣлой ткани; во время выдѣленія мочи черезъ рану края ея покрылись отложеніемъ фосфатовъ.	Вызд. на 31 д.	**Медвѣдевъ** [14]). Моск. Врач. Вѣд. 187⁴/₅, №№ 27 и 28.
узырь швы кэтгута.		Вызд.	Проф. **Богдановскій** [87]). Стр. 184.
изъ кэт- на рану пу- ря, швовъ ной стѣнки. иты на 3 д.	Интензивное лихорадочное состояніе и сильное напряженіе покраснѣвшихъ краевъ раны брюшныхъ стѣнокъ заставили снять швы.	Вызд.	Тамъ-же.
		Умеръ черезъ 70 д.	**Круглевскій** [17]). Военно-Медиц. Журн. 1877 г. Ч. 129, стр. 42. Письмо проф. **Склифосовскаго** отъ 4 окт. 1888 г.
ое обмыван. холодной ой. Ледъ на тъ. Опій, нускусъ.	Два раза небольшія послѣдовательныя кровотеченія. Сильное безпокойство съ вечера, вслѣдствіе частой рвоты. На слѣдующ. утро 39. Боли внизу живота. Колляпсъ. Вскрытіе. Перитонитъ въ нижней части живота. Катарръ пузыря. Лѣвый мочеточникъ очень расширенъ, закупоренъ свернувшимся фибриномъ. Піэлитъ. Атрофія почки. Правая почка нормальна.	Умеръ черезъ 22 ч.	**А. Шмитцъ** [107]). Archiv f. klin. Chirurgie. 1886. 33 Band, 2 Heft.
одные ком- сы изъ воды на рану.	Съ 2 по 5 д. высокая лихорадка (до 40,1); затѣмъ 6 недѣль субфебрильн. т-ра. Моча нормально черезъ уретру на 17 д.; полное закрытіе пузырной раны на 35 д.	Вызд. черезъ 42 д.	

13	Геппнеръ. 1874.	3 л. 1/2 г.	Хорошо упитанъ. Цвѣтъ кожи слегка бронзовый. Странгурія.	Пузырь налитъ.		2,5×1,
14	Шмитцъ. 1874.	5 л. 3 г.	Плохо упитанъ весьма значительн. страданія; легкая лихорадка. Моча слегка мутна, почти нейтральная.			3,0 2,4×1, ×1,2
15	› 1874.	12 л. 10 л.	Питанія посредственнаго. Сильный катарръ пузыря съ весьма сильной странгуріей; временно въ мочѣ кровь. Моча мутна, кислой реакціи.		Трудное извлеченіе камня.	22,0. 3,9×3, ×2,3.
16	Валь. 1874.	4 л. 5 м.	Хорошаго питанія. Катарра пузыря нѣтъ. Мучительное мочеиспусканіе по каплямъ.			Два кам Вѣсъ о нхъ 2, 1,6×1. ×0,8 1,1×1 ×0,9.
17	› 1874.	8 л. 2 г.	Хорошаго питанія, странгурія, гематурія, катарръ пузыря; prolapsus ani.		Трудное извлеченіе камня.	4,0 2,5×1,6 1,5.
18	Шмитцъ. 1875.	3½ л. 1 г.	Значительное исхуданіе; рѣзко выраженный рахитизмъ. Умѣренная дизурія; prolapsus ani; моча свѣтлая, кислой реакціи.	Пузырь фиксированъ одной нитяной петлей.	Весьма значительное кровотеченіе.	2,7×1,7 0,9.
19	Валь. 1875.	6 л.				

ловые ком- на рану. д., еже- , 2,3 про- ительныя въ 37°.	Субфебрильн. т-ра какъ до, такъ и послѣ операціи до самой смерти. Первую недѣлю общее состояніе подавало надежды; съ 8 д. частая рвота, сильное безпокойство, боль внизу живота, поносъ. **Вскрытіе.** Паренхим. нефритъ обоюдостор.; рѣзче выраженъ справа. Справа острый катар. піэлитъ. Отекъ мозга. Перитонита нѣтъ.	Умеръ через 13 д.
ныя губки ну; опій, едъ.	Свободное истеченіе мочи черезъ рану впервые черезъ 15 час., до тѣхъ поръ часто мочился черезъ уретру. Высокая т-ра (до 40,5) на 2 и 3 д., затѣмъ субфебрильн. до 8 д. На 13 д. моча идетъ нормально; на 17 д. рана вполнѣ зарубцевалась. На 3 д. по туловищу эритема, похожая на скарлатинозную.	Вылд. черезъ 27 д.
а въ верх- глу раны, ыя губки, пій.	Умѣренная лихор. (39°.) и небольшая примѣсь крови въ мочѣ до 5 д. Сильный гнойный pericystitis; на 4 и 5 нед. нѣсколько разъ выходили небольшие камни. На 6, 7 и 8 нед. 3 раза сильная чувствительность при давленіи правой почечной области; временная оч. высокая лихорадка. На 22 д. моча идетъ нормальнымъ путемъ; на 62 д. полное зарощеніе раны пузыря.	Вызд. черезъ 72 д.
овые ком- на рану.	Черезъ часъ послѣ операціи незначительное послѣдоват. кровотеченіе; 5 д. лихорадка до 39,9. На 13 д. моча идетъ нормальнымъ путемъ.	Вызд. черезъ 28 д.
ссы сали- на рану, кислота утрь.	5 днев. лихорадка до 40,4°; 8 д. гематурія. Черезъ 3 нед. черезъ рану отошелъ большой кусокъ омертвѣлой ткани. На 24 д. моча идетъ нормально; на 49 д. полное заживленіе раны пузыря.	Вызд. черезъ 51 д.
ов. ком- на рану; ледъ.	18 д. высокая лихорадка. Сильный pericystitis. На 2 и 8 д. по туловищу эритема; на 16 д. моча идетъ нормально; на 20 д. полное заживленіе раны пузыря.	Вызд. черезъ 34 д.
	Исторіи болѣзни нѣтъ Въ книгѣ операцій, какъ причина смерти, обозначенъ peritonitis.	Умеръ черезъ $1^1/_2$ д.

20	Дикъ. 1875.	12 л. 9 л.	Питанія плохаго; страданія не велики. Моча слегка мутная.		Чрезвычайно трудное извлеченіе камня, который частью раскрошился.	32,0 6×5× 3,8.
21	Иршикъ. 1875.	2 1/4 л. 3 м.	Плохаго питанія. Сильная странгурія. Prolapsus ani. Лихорадитъ.		Sectionis altae предшествовали многократные сеансы литотрипсіи.	
22	Шмитцъ. 1876.	3 л. 4 м.	Хорошаго питанія. Не смотря на значительныя страданія, катарра пузыря нѣтъ.		Выпаденіе слизистой оболочки пузыря.	2,0×1
23	» 1876.	3 л. Около 1 г.	Плохаго питанія. Сильная странгурія, prolapsus ani. Моча вонючая.			3 кам Вѣсъ к даго 4,(1,9×1
24	Франкенгейзеръ. 1877.	3 л. 1 1/2 г.	Плохаго питанія. Мутная, но нещелочная моча; сильныя страданія.		Сильное кровотеченіе; пузырная рана очень велика; при извлеченіи камень раскрошился.	8,0 Съ гр кій ор
25	Шмитцъ. 1877.	3 л. Около 3/4 г.	Крѣпкій мальчикъ. Моча свѣтлая, безъ запаха. Мочеиспусканіе болѣзненно.			7, 2,5× ×1

къ пузыря; ювые ком- рессы.	Дренажъ удаленъ на 8 д. Съ небольшими перерывами умѣренная лихорадка до самой смерти. Весьма сильное гнойное воспаленіе околопузырной клѣтчатки съ омертвѣніемъ послѣдней. На 3 недѣлѣ чувствительность при давленіи въ лѣвой почечной области. Моча нормально черезъ уретру на 26 д. **Вскрытіе.** Рѣзкій pyeloпeрhr. лѣвосторон., почти полная атрофія почки; такой же, нѣсколько слабѣе, процессъ правой почки; незначительный pericystitis.	Умеръ черезъ 30 д.
жъ пузыря, ювые ком- ы; внутрь л. кислота.	На 2 и 3 д. высокая лихорадка (до 40,7), затѣмъ долгое время т-ра повышена незначительно. На 4 д. скарлатина (?). На 7 д. моча пошла нормальнымъ путемъ. [1]/XI наружная уретротомія ради извлеченія ущемившагося осколка камня; [20]/XI катарр. пневмонія. **Протоколъ вскрытія утерянъ.**	Умеръ черезъ 51 д.
ану карбо- ая губка.	Высокая лихорадка со 2 д. и до смерти. Съ 5 д. болѣзненность въ области пузыря распространилась дальше, вмѣстѣ съ тѣмъ появилась рвота, поносъ. На 7 д. моча идетъ нормально. **Вскрытіе.** Lymphangoitis perivesicalis, peritonitis incipiens (можетъ быть въ зависимости отъ господствовавшей въ то время эпидеміи рожи).	Умеръ черезъ 8 д.
жъ пузыря ъ à de ; карболо- убки, опій.	Катетръ удаленъ на 2 д.—закупорился; дренажъ удаленъ на 7 д. Умѣренная лихорадка въ теченіе 4 д., незначительный уретритъ. Моча пошла нормально на 9 д.	Выезд. черезъ 20 д.
жъ пузыря; ессы изъ й кислоты. . промыва- ств. борной слоты.	Сильное послѣдовательное кровотеченіе черезъ 1 часъ; много разъ кровавая моча черезъ уретру. Сильное безпокойство. Колляпсъ (36,1—36,5). **Вскрытіе.** Подбрюшинная клѣтчатка, соотвѣтственно передней стѣнки пузыря и стѣнки брюшной, инфильтрирована кровью. Пузырь пустъ. Мочеточн. расширены. Обѣ почки пронизаны многочислен. небольшими гнойничками; мѣстами почки жирно перерождены. Рѣзко выраженной анэміи внутреннихъ органовъ не найдено.	Умеръ черезъ 14 часовъ.
Тоже.	11 д. лихорадка неправильнаго типа. Гнойный pericystitis (умѣренной степени). Дренажъ удаленъ на 5 д.; на 9 д. нормальное отхожденіе мочи; на 18 д. вполнѣ зарубцевалась рана пузыря.	Выезд. черезъ 28 д.

26	Шмитцъ. 1877.	$2^1/_4$ л. $^1/_2$ г.	Посредственнаго питанія. Сильная странгурія; легкая лихорадка.		Очень трудное извлеченіе камня. Во время проведенія дренажа пробудившійся мальчикъ сильно натужился, произошелъ разрывъ брюшины и выпаденіе кишекъ. Разрывъ сшитъ кэтгутомъ подъ spray.	4,6 -
27	» 1877.	4 л. Съ 1 г.	Питаніе сносно. Страданія не сильныя.		Накавунѣ операціи сеансъ литотрипсіи.	2 с… наиб… шій д…
28	» 1877.	$2^3/_4$ л. Около $1^1/_2$	Хорошаго питанія. Очень трудное мочеиспусканіе, большею частью по каплямъ.		Значит. артеріал. кровотеченіе. Катетръ à demeure., вслѣдствіе своего плохаго матеріала, сломался и извлеченъ черезъ наружную уретротомію; вставленъ новый.	Съ л… ор…

пузыря съ раной ой стѣн- тисептиче- еревязка; опій, мус- усъ.	Спячка, рвота. На 2 д. т-ра до 39,8. **Вскрытіе.** Разрывъ брюшины вполнѣ склеился; вокругъ его начинающійся перитонитъ.	Умеръ черезъ 1½ д.	
ръ à de- Карболо- убки; за- едъ, опій.	Съ 2 д. и до самой смерти лихорадка до 39. Съ 4 д. рвота, болѣзненность и вздутіе живота. Катетръ закупоривался неоднократно (однажды осколкомъ камня), много разъ удалялся для очищенія. Черезъ рану моча не идетъ; на 4 д. дренажъ въ эту рану; вышла сильно гнойная моча. **Вскрытіе.** Рѣзкій гнойный pericystitis; легкій pyelitis; общій фибринозно-гнойный перитонитъ.	Умеръ черезъ 4 д.	
ѣ пузыря, ръ à de- . Карбо- губка на пій. Вече ромываніе я $1^0/_0$ ра- карб.кисл., едъ.	Съ 1 д. умѣренная лихорадка; незадолго до смерти т-ра быстро съ 38,4 дошла до 40. Рвота со 2 д., одновременно болѣзненность и значит. тимпанитъ нижней части живота. Катетръ неоднократно закупоривался кровяными сгустками; однажды былъ вытолкнутъ. **Вскрытіе.** Гнойная инфильтрація въ окружности всего пузыря; начинающійся перитонитъ.	Умеръ черезъ 2 д.	

29	**Иршикъ.** Дѣтская больница Св. Владиміра. Москва. 1876—1882.	8	Не указано.	Пузырь налитъ тепловатой водой.		24 у 3,7× 2,
30	»	8				28, 4,2× ×2
31	»	1.				
Съ 32 по 38	»	Дѣвочки.	Не указано.	—		у
Съ 38 по 45	»	Мальчики отъ 1 до 3-хъ лѣтъ.	Не указано.			у
45	»	2.	Не указано.			Не вил овал фор буро го цв глад пов по 7 2,7 ×
46	»	$2^1/_2$ л. 1 г.	Хорошаго питанія.	Пузырь налитъ тепловатой водой. Разрѣзъ по linea alba въ 4 сант. Животъ вымытъ зеленымъ мыломъ и 5% растворомъ карболовой кислоты.	Трудное извлеченіе камня.	Яйц ной м 8 2,8 ×

[у]казано.	Неизвѣстно.	Вызд.	Веревкинъ. [39])
		Вызд.	
		Вызд.	
казано.	Неизвѣстно.	Вызд.	
казано.	Неизвѣстно.	Выздъ.	
	Sectio alta сдѣлана въ 1876 г. Черезъ 2 года вторичная операція sectionis lateralis; извлеченъ камень размѣрами: 1,?; 0,8; 0,7; вѣсъ 0,6 грм.	Вызд.	Тамъ же; стр. 428.
[-]ъ пузыря; у живота [-]за, сверху смоченная [рас]творѣ кар[боловой] кислоты	Первый день послѣ операціи т-ра нормальна; на 2 д. удаленъ дренажъ; въ 10 ч. рвота, животъ вздутъ и напряженъ; т-ра 39. Въ 10 ч. вечера смерть. **Вскрытія не было.**	Умеръ черезъ 2 д.	

47	»	2 г. 8 мѣсяц.	Рахитикъ.		Поранена брюшина.	
48	»	3 л. 2 г.	Рахитикъ; слабъ, блѣденъ.			Овал фор 26. 4,7× ×
49	»	2½ л.	Хорошо упитанный ребенокъ.		При извлеченіи камня выпала часть слизистой оболочки задней стѣнки пузыря. Для болѣе прочнаго удержанія наложено два шва изъ кэтгута.	Шер ват окру сплю нı 5. 2. × 1,
50	»	1 г. и 3 м. 1 г.	Средняго развитія.			Шер ва кру фо 1,0 1,2

ырь 3 шва гута; дре- ь раны ной, ка- demeure.	Первые 3 дня, не смотря на т-ру 39—40, все хорошо. Моча шла и черезъ дренажъ и черезъ катетръ. Одинъ разъ рвота. На 5 д. по тѣлу скарлатинозная сыпь; ухудшеніе; рвота, вздутіе живота На 6 д. рана имѣетъ плохой видъ; гной мутенъ, жидокъ. На 7 д. смерть. **Вскрытіе.** Края раны брюшной стѣнки сильно инфильтрированы, утолщены, заворочены кнаружи, темнаго цвѣта. Дно покрыто гноемъ. Нисходящая часть flex. sigmoideae приклеена къ ранѣ свѣжими перепонками. Инфильтратъ краевъ раны распространяется довольно далеко между слоями брюшныхъ мышцъ. Кишки склеены между собою и съ брюшными стѣнками свѣжими перепонками. Сердце дрябло; стѣнки блѣдно-желтовато-сѣраго цвѣта; печень полнокровна, границы неясны; селезенка дрябла; почки велики, налиты кровью.	Умеръ на 7 день.
ырь 3 шва гута. Дре- брюшной поверхъ смоченная ромъ кар- й кислоты.	Т-ра первый день 38,4, на второй до 40,5; жажда, вздутіе живота. Швы разошлись, моча идетъ черезъ дренажъ. Болѣзненность кругомъ раны. Вечеромъ смерть. **Вскрытія не было.**	Умеръ на 2 д.
ръ à de- ; свобод- вецъ опу- въ $5^0/_0$ ъ карбо- кислоты. ровская , которая д. замѣ- омпресса- ъ марли, нной въ ств. кар- ой кисл.	Незначит. повышеніе т-ры въ первый день. На 2 д. больной, натуживаясь, вытѣснилъ катетръ, который опять введенъ. Швы разошлись; рана чиста. Въ полдень рвота, къ вечеру поносъ. На 3 д. лучше; на 4—лучше; рана обложена тонкимъ слоемъ омертвѣвшей ткани. На 5 д. этотъ слой около раны—толще; животъ вздутъ и напряженъ; въ 2 ч. дня—смерть. **Вскрытіе.** Въ нижней части брюшной стѣнки серозно-гнойный эксудатъ. Подбрюшинная клѣтчатка гнойно инфильтрирована. Вокругъ пузыря масса гноя и распавшейся клѣтчатки. Въ остальномъ ничего ненормальнаго.	Умеръ на 5 д.
хній уголъ ой раны нъ дре- присыпка ормомъ.	Къ вечеру т-ра поднялась до 39, ночью до 40. Всю ночь рвота; утромъ на другой день припадокъ эклямпсіи, а въ $9^1/_2$ ч. утра смерть. **Вскрытіе.** Рана чиста; въ окружности никакой реакціи. Брюшина, покрывающая верхушку пузыря инъецирована, нѣсколько припухла и мѣстами покрыта легко снимающимися фибринозными пленками. Въ другихъ органахъ—ничего.	Умеръ черезъ 20 час.

51	›	3 л. 1 г.	Плохо развитъ, анэмиченъ.		Трудное извлеченіе камня.	Груб видн форм шере ватъ
52	›					
53	Макавѣевъ. Калужск. губ. 1876.	17 л. 7 л.	Истощенъ. Моча мутна, большой осадокъ гноя и слизи; реакція щелочная съ противнымъ амміачнымъ запахомъ. До операціи съ недѣлю укрѣпл. леченіе: ac. benzoic. suppositsrii cum opio.	Пузырь всегда наливался медленно до того пока надъ symphysis не появится овальная опухоль. Наливался пузырь черезъ катетръ съ краномъ; катетръ передавался помощнику, который въ то же время сжималъ penis, съ цѣлью предупредить истеченіе мочи мимо катетра. Разрѣзъ брюшн. стѣнки въ 2, $2^1/_2$ дюйма, апоневрозъ разрѣзывался или отъ руки или по желобоватому зонду. Дойдя до пузыря и защитивъ складку пальцемъ, катетръ наклонялся, клювомъ его выпиралась передняя стѣнка пузыря; около этого мѣста вкалывалось 2	Извлеченіе не легко. Камень оказался въ соединеніи со стѣнками пузыря, почему рана въ пузырѣ сдѣлана большая; подрѣзаны также прикрѣпленія прямыхъ мышцъ.	Кам вып весь зыр им форм зы былъ дине вс стѣн за и чені задне вле съ домъ лѣ от нія паль отъ нс Вер оч тол слоі форі лыя легк лам ся щип

чный шовъ ѣя; въ пу- вставленъ ажъ; при- і іодофор- момъ.	Вечеромъ т-ра до 38,8; на второй день 39; больной безпокоенъ, дышетъ тяжело. Рана чиста; моча идетъ черезъ дренажъ. На 3 д. поносъ, жажда, слабость, безпокойство; пульсъ слабъ и ускоренъ. Дно раны покрыто сѣроватымъ налетомъ, края раны припухли и покраснѣли. Моча идетъ черезъ дренажъ. Смерть на 4 день. **Вскрытіе.** Брюшина, покрывающая переднюю стѣнку живота, гиперэмирована; края раны припухли, инфильтрированы, грязны. Въ окружности раны также серозно-гнойная инфильтрація. Въ другихъ органахъ ничего.	Умеръ на 4 д.	
	Вскрытіе. Хроническій катарръ кишекъ и пузыря.	Умеръ на 32 д.	
ажъ пузыря; ну брюшной и швы до ажа. Дре- (толстый) ивался къ брюшной къ нему дѣлывалось ное приспо- еніе. При ладываніи на рану шной стѣнки тывались и m. m. гес- а. Промыва- узыря нѣ- ько разъ въ тепловатою о и раство- k. hyper- . или, если ъ катарръ ыря, вяжу- и растварами.	Все время т-ра между 37,5 и 39; разъ было 39,8. На 2-й день появляется гангренесценція поверхности раны. На 3-й д. боль въ животѣ около раны; больному лучше; моча мутна, но осадокъ меньше, щелочность тоже. На 6 д. поверхность раны омертвѣла; эта часть отдѣляется. Швы сняты; боль въ животѣ меньше; аппетитъ плохъ, запоръ; моча чище. На 7-й д. поверхн. раны почти очистилась: моча свѣтлѣе, осадокъ незначительный: реакція слабо-щелочная: болей въ животѣ почти нѣтъ. На 10 д. больной очень слабъ, небольшой поносъ: ничего не ѣстъ; боли въ животѣ около раны незначительны, рана чиста, покрыта вялыми грануляціями. Моча свѣтла, почти безъ осадка, слабо кислая. Въ 2 ч. дня смерть. **Вскрытія не было.**	Умеръ черезъ 11 д.	Медиц. Вѣстн. 1879 г. №№ 23—33.

54	» 1876.	4 л. 2 г.	Хорошо упитанъ; частые позывы на мочеиспусканіе. Моча свѣтла, кислая.	острыхъ крючка. Пузырь вскрывался сразу остроконечнымъ бистури, затѣмъ разрѣзъ расширялся тупоконечнымъ. Камень извлекался корнцангомъ. Если камень великъ, то mm. recti, въ мѣстѣ ихъ прикрѣпленія, нѣсколько подрѣзывались.		Тверды гладкій камен
55	» 1876.	5 л. 3 г.	Худъ, блѣденъ. Моча съ осадкомъ гноя, слегка мутная, средней реакціи. Повечерамъ слегка лихорадитъ.			Фосфа
56	» 1876.	6 л. 2 г.	Моча свѣтлая, кислой реакціи, съ незначительнымъ количествомъ гноя, безъ осадка.			Мочеки лыя со гладкій плотны овальн формы Дл.=4, шир. 3,
57	» 1877.	15 л. 10 л.	Блѣденъ, худъ, плохо ѣстъ. Моча мутная, съ осадкомъ гноя, слизи и песку изъ фосфатовъ, щелочная. Лихорадитъ до 39 До операціи около 2-хъ мѣсяцевъ подвергнутъ предварительному леченію ac. benzoici и ко дню операціи моча немного лучше.			Два ка ня. Фо фаты, рыхлы искрош лись в щипцах Одинъ н много менѣе н ринаго я ца, друг въ гор шину былъспе ва въ перепо части уретры но пере операці протолк нутъ в пузыр
58	» 1877.	14 л. 10 л.	Питаніе удовлетворительно; мо-			Снаруж мочеки

Первое время т-ра до 39,7; спитъ плохо, кричитъ; боли въ ранѣ; на 6 д. сняты швы (prima intentio). Моча идетъ черезъ стволъ на 19 д. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 30 д.
Первое время т-ра до 39; на 4-й д. сняты швы, такъ какъ прима не получена. Съ этого дня т-ра нормальна Общее состояніе хорошо, моча свѣтла, съ хлопьями. На 32 д. моча черезъ стволъ. Выздор. вполнѣ.	Вызд. черезъ 42 д.
До 9-го числа т-ра хотя и доходила до 39,6, но все хорошо и теченіе нормальное. Черезъ 5 д. показалась рожистая краснота кругомъ раны, затѣмъ она перешла на весь правый бокъ и спину. Черезъ 2 недѣли pleuritis; рожа перешла на лицо. Черезъ 3 недѣли она прошла; pleuritis держится; больному лучше, но слабъ. Все время рана гранулируетъ хорошо. Черезъ мѣсяцъ развились многочисленные пролежни, края ихъ воспалены, дно гангренозное; моча идетъ черезъ рану свѣтлая и кислой реакціи. На 35 д. смерть: въ ранѣ не было воспалительныхъ явленій, она протекала нормально.	Умеръ черезъ 35 д.
Три недѣли т-ра доходила до 38,8; рана гранулируетъ довольно медленно, благодаря тому, что на ея поверхности осѣдали фосфаты, выдѣлявшіеся мочею. Выписанъ съ зажившей раной, но неизвѣстно: исчезъ ли изъ мочи песокъ или нѣтъ.	Вызд. черезъ 41 д.
Первое время т-ра до 40,5; на 5 д. поверхность раны омертвѣла; къ 12 д. она вполнѣ	Вызд. черезъ 30 д.

			ча свѣтлая, кислая, осадка нѣтъ. Т-ра нормальна.			лыя со внутр щавел викъ овальн формы 17,3
59	› 1877.	14 л. 10 л.	Худъ, блѣденъ. Моча немного мутна, съ небольшимъ осадкомъ слизи и гноя, слабо щелочной реакціи. Т-ра нормальна.			Мочек лыя со 44,7
60	› 1877.	2 г. 1 г.	Хорошо упитанъ. Моча чиста, безъ осадка, кислой реакціи. Т-ра нормальна.			Съ лѣ ной орѣх очен плотн сѣра цвѣт усѣян малень ми буг ками
61	› 1877.	13 л. 6 л.	Худъ и плохо упитанъ. Моча чиста, съ небольшимъ количествомъ хлопьевъ гноя; реакція кислая. Сильныя страданія. По вечерамъ лихорадитъ до 38,1.		Довольно трудное извлеченіе камня, благодаря его бугристости отъ большихъ острыхъ шиповъ на поверхности.	Діамет 4.
62	› 1877	5 л. 1 г.	Плохо упитанъ. Моча чиста, безъ осадка, кислой реакціи; бѣлка нѣтъ; частые позывы; т-ра нормальна.			Мочек лыя; с лѣсно орѣх

очистилась и покрылась грануляціями. Моча пошла черезъ стволъ на 30 д.; выписанъ здоровымъ вполнѣ.		
Первое время т-ра до 38,7; съ 5 д. послѣ операціи т-ра нормальна. Сперва заживленіе шло хорошо, затѣмъ затянулось, такъ какъ образовался на мѣстѣ раны тонкій свищъ, который въ 2 мѣс. зажилъ подъ вліяніемъ прижиганія ляписомъ. Черезъ 3 м. снова явился съ открывшимся свищемъ; черезъ 3 недѣли окончательно поправился.	Вызд. черезъ 97 д.	
Первое время т-ра до 38,9, затѣмъ нормальна; никакихъ осложненій.	Вызд. черезъ 27 д.	
Первые дни т-ра до 40. На 2 д., въ ранѣ замѣчено поверхностное омертвѣніе. Съ 11 д. рана почти очистилась и никакихъ осложненій.	Вызд. черезъ 59 д.	
Никакихъ осложненій, только нѣкоторое время (около 5 д.) т-ра колебалась между 37 и 39.	Вызд. черезъ 31 д.	

Краткій анализъ собраннаго матеріала доантисептическаго періода операціи, имѣющій для насъ въ настоящее время лишь историческій интересъ, далъ слѣдующее.

По возрасту оперированные распредѣлились: отъ 1 до 5 л.—30, отъ 5 до 10 л.—8, отъ 10 до 15 л.—9, отъ 15 до 20 л.—2, 32-хъ л.—2, 40 и 70 л. по 1 случ.; о возрастѣ свѣдѣній нѣтъ въ 9 случ. 8 операцій выполнено на дѣвочкахъ.

Вѣсъ извлеченныхъ камней (точно обозначенъ только у 23-хъ) колебался отъ 1 до 328 grm.

Вслѣдствіе неполноты свѣдѣній вывести среднюю продолжительность послѣопераціоннаго періода не представляется возможнымъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ онъ весьма тяжелъ и сопровождался различными осложненіями, какъ со стороны общаго состоянія, такъ и раны: чаще послѣднее.

Въ тѣхъ операціяхъ, о которыхъ имѣются болѣе или менѣе подробныя свѣдѣнія, уходъ за оперированнымъ состоялъ въ наложеніи на рану компрессовъ или губокъ, 17 разъ примѣненъ дренажъ пузыря, 4 раза наложенъ полный пузырный шовъ, 1 разъ—частичный и 1 разъ края раны пузыря сшиты съ краями брюшной раны. Два раза примѣненъ катетръ à demeure, изъ нихъ въ одномъ случаѣ къ нему придѣлано сифонное приспособленіе.

Въ 4-хъ случ. пузырнаго шва заживленіе первымъ натяженіемъ получено однажды; матеріаломъ для шва служилъ исключительно кэтгутъ.

Изъ всѣхъ 62 случ. этой группы выздоровѣло 38, умерло 23, исходъ одной операціи—неизвѣстенъ.

Причиной смерти были: peritonitis acuta—5, peritonitis et pericystitis—3, peritonitis et pyelonephritis—1, haemorrhagia—1, pericystitis—1, pyelonephritis—4, pneumonia catar—1, cystitis et enteritis catar. chr.—1, erysipelas—1, marasmus—1. Свѣдѣній нѣтъ о 4-хъ случаяхъ.

Исключивъ изъ этого числа 4 случая, гдѣ смертельный исходъ не имѣлъ никакой связи съ высокимъ камнесѣченіемъ (pneumonia catar., erysipelas, enteritis catar. chr., marasmus), получимъ 19 случ. смерти на 62 операціи, т. е. % смертности=30,6 и близко подходитъ къ цифрамъ: *Günther*'а (23,6%), *Dulles* (28,2%), *Flury* (32,6%), *Garcin* [108]) (24,4%), *Tuffier* [109]) (27%), *Родзевича* (23,3%).

ТАБЛИЦА II.

Случаи высокаго камнесѣченія антисептическаго періода.

№№ по порядку.	Кто, гдѣ и когда оперировалъ.	Возрастъ, полъ больнаго; продолжительность болѣзни.	Состояніе больнаго, мочи до операціи.	Способъ операціи.	Осложненія во время операціи.	Соста вѣсъ разм камня грам сан
1	Проф. Левшинъ. Казань. 1877.	40 л.			Попытка сшить пузырь не удалась.	
2	Глазуновскій. Воронежск. губ. 1880.	22 л. 5 л.	Средняго тѣлосложенія.		Камень ущемленъ въ дивертикулѣ; раздробленъ.	Фосф 120
3	Орловъ. Борович. земск. больница. 1880.	14 л.	Два г. передъ этимъ перенесъ боковую литотомію.	Пузырь не налитъ; безъ кольпейринтера.		Cal pros vesi ура
4	Проф. Зарубинъ. Харьковъ. 1882.					
5	Захаревичъ. Харьковъ. 1882.					
6	Соколовъ. Петербургъ. 1882.	23 л. 10 л.	Худъ, плохо развитъ. Моча мутна, щелочна; большой осадокъ гноя, кристаллы тройныхъ фосфатовъ; т-ра нормальна.			Нар ные фосф ядро 68 4,8

…одъ за раной …ря и брюш- …стѣнки. По- …вязка.	Послѣоперaціонный періодъ. Протоколъ вскрытія.	Исходъ.	Примѣчаніе.
…стеровская повязка.	Черезъ 2 часа послѣ операціи больной началъ ослабѣвать; никакія средства не подняли упадка силъ. **Вскрытіе.** Hydronephrosis bilateralis gravis. Peritoneum и околопузырная клѣтчатка нормальны. Смерть отъ *шока.*	Умеръ черезъ 20 час.	Воен.-Мед. Жур. 1877. Дек., стр. 148.
		Умеръ черезъ 2 д.	Врачебн. Вѣд. 1880, № 450.
…ерхній уголъ …шной раны …аллическій …ь; чистота и …ыя тряпочки …на рану.	Ничего особеннаго; на 6 и 7 день послѣ операціи т-ра по вечерамъ доходила до 39,6, а затѣмъ нормальна.	Выязд. черезъ 49 д.	Мед. Обозр. 1880, стр. 727—730. Медиц. Обозр. 1885.
		Вызд.	Врачъ. 1882, № 38.
		Вызд.	
…ажъ пузыря.	Первые дни по вечерамъ т-ра до 38; на 5— нормальна; на 10 д. удаленъ дренажъ, но такъ какъ изверженіе мочи черезъ каналъ болѣзненно, то дренажъ вставленъ снова. Съ 7 д. по 13 д. т-ра нормальна по утрамъ, по вечерамъ до 39. Постепенно худѣетъ и слабѣетъ. Хронич. урэмія. **Вскрытіе.** Лонное соединеніе обнажено, спереди и сзади омывается гноемъ; горизонтальн. вѣтви лонныхъ костей изъѣдены. Спереди пузыря, ниже раны, гнойное скопленіе, распространяющееся вправо и влѣво возлѣ пузыря въ маломъ тазу. Лѣвая почка увеличена, дрябла, изъ сосочковъ выжимается гноевидная жидкость. Правая почка растянута; на разрѣзѣ изъ нея потекла въ большомъ количествѣ гнойная жидкость; въ ткани ея разсѣяно нѣсколько гнойниковъ, величиною въ лѣсной	Умеръ на 25 д.	Богдановскій. Стр. 412—413.

7	Женщина-врачъ Никольская. Кыштымская заводская больница. 1883.	28 л.	Слабъ, истощенъ. Пузырь растянутъ мочей, выдается надъ лобкомъ, эта область болѣзненна. Моча щелочна, мутна, съ противнымъ запахомъ. При отстаиванiи осадокъ изъ крист. тройныхъ фосфатовъ, изъ различной величины шариковъ, снабженныхъ иглами и аморфной массы фосфорно-кислой извести. Предварительное леченiе противъ кашля, разстройства кишечника и катарра пузыря.	Пузырь не могъ удерживать болѣе 180 куб. с. воды, такъ что наполненъ не до того, чтобы прощупать его надъ лобкомъ. Въ прямую кишку 2 пальца. Пузырь разрѣзанъ между крючкомъ и торзiоннымъ пинцетомъ.	Вслѣдствiе величины камня 2 раза сдѣлано расширенiе раны пузыря внизъ. Брюшина цѣла.	2 камн 10,40. 5×5× Второ камень 3 коп. м ную м нету.
8	Проф Зальцманъ. Гельсингфорсъ. 1883.	14 л.				Фосфат ядро и фосфор кисло амміак магнез 11,5.
9	Праксинъ. Петербургъ. 1883.	21 г.	Больной худъ, блѣденъ; моча мутна, щелочной реакцiи; на литръ жидкости осадокъ толщиною въ палецъ. Бѣлокъ. Температура по вечерамъ все время до 39.	Пузырь налитъ 1% раств. карболов. кислоты; складка брюшины на 2 поперечныхъ пальца надъ лономъ; она отдѣлена пальцемъ и отодвинута кверху.	Черезъ сдѣланный разрѣзъ въ 2 дюйма камень не могъ быть удаленъ цѣликомъ; извлеченъ только	Наруж слои (т стые) ф фаты, я оксалят въ це тральн част урать 250,(

	орѣхъ и немного больше. Правый мочеточникъ сильно растянутъ и наполненъ гноемъ. Мочевой пузырь сильно утолщенъ и какъ-бы раздвоенъ; между дномъ (apex) и шейкою образованъ какъ бы перехватъ. Изъ пузыря каналъ въ рану, который въ передней своей части сообщается съ гнойнымъ скопленіемъ, омывающимъ лонное соединеніе.		
пузырь 15 ат. швовъ этгута № 2; тръ à de- е. Брюшная не сшита; оформный онъ, анти- ческая по- вязка.	Ночь провелъ спокойно. Моча не идетъ черезъ катетръ. На 2 д. слабость; на 3 д. слабость усиливается; головная боль, сохнетъ во рту, возбужденное состояніе, одышка. Смерть. **Вскрытія не было.**	Умеръ на 3 д.	Медиц. Вѣст. 1884. №№ 13 и 14
узырь узло- й швовъ изъ та. Сулемо- повязка.		Выэд.	Родзевичъ [110]).
ной дренажъ ыря. Рана шпана іодо- омъ; легкая ка изъ мар- игроскопич. . Промыва- узыря 1% в. карбол. ислоты.	Постепенно развивающаяся острая уремія и peritonitis. **Вскрытіе.** Pia мутна, трудно отдѣлима; желудочки значительно растянуты жидкостью. Сосуды основанія мозга склерозированы. Легкія свободны, проходимы, отечны. Печень грязно-кирпичнаго цвѣта, дольки не различимы; по сосудамъ разрощеніе соединительной ткани. Селезенка малокровна; пульпа легко выскабливается. Слизист. оболочка желудка и кишекъ дрябла, покрыта большимъ коли-	Умеръ черезъ 1½ сутокъ.	Богдановскій. Стр. 413.

					потому, что наружные слои искрошились отъ давленія литотомическихъ щипцовъ; осколки удалены промываніемъ.	
10	**Батмановъ.** Дагестанъ. Кусары. 1884.	9 л. 1½ г.	Сильно истощенъ и малокровенъ. Моча сильно мутна, съ большимъ осадкомъ.	Пузырь наполненъ теплымъ 1% растворомъ карболовой кислоты.		Фосфат… съ воло… скій орѣхъ.
11	**Лингенъ.** Больн. Маріи Магдалины. Петербургъ. 1884.	12 л. 6 л.	Хорошаго питанія; моча кислая, при стояніи даетъ небольшой осадокъ слизи.	Пузырь налитъ.		Два камн… одинъ с… большо… орѣхъ, другой маленькі… съ горо… шину.
12	**Северинъ.** Николаевская дѣтская больница. Петербургъ. 1884.	7 л. 3 г.	Истощенный больной.	Сперва сдѣлано срединное сѣченіе, а затѣмъ высокое (послѣ того какъ первый разрѣзъ зажилъ).		Два кам… ня; один… извлечен… черезъ уретралі… ный раз… рѣзъ, др…

	чествомъ слизи. Слизистая нижняго отдѣла тонкихъ кишекъ довольно сильно гиперэмирована; серозная поверхность кишекъ тоже гиперэмирована; мутна. Почки: лѣвая увеличена въ объемѣ, корковый слой утолщенъ, плотенъ въ большей части своей поверхности; мѣстами на ней видны остатки розоватой паренхимы: пирамиды атрофированы. Лоханка сильно растянута и занимаетъ почти весь медуллярный слой. Изъ сосочковъ выдѣляется эмульсивная жидкость. Правая почка почти вдвое меньше нормальной, корковый слой атрофированъ, медуллярный весь занятъ расширенными чашечками; въ уцѣлѣвшей паренхимѣ разсѣяны серозныя кисти. Мочеточники сильно растянуты, отъ 1—2 сант. въ поперечникѣ; на слизистой рѣзкая гиперэмія; посрединѣ лѣваго мочеточника язвенная поверхность, нижняя его [1]/3 занята гноевидною жидкостью. Пузырь мочевой сжатъ, стѣнки его утолщены; поверхность слизистой усѣяна полостями, мѣшковидными карманами и язвенными углубленіями. Уретра проходима, слизиста оболочка блѣдна.		
...тъ; швы ... брюшной ... до дрена... ...етръ à de... Присыпка ...рмомъ и ...сыпзъ? ...а карбо... ...кислоты; ...ь часто.	Дренажъ удаленъ на 2 д.; по случаю жалобъ больнаго на сильныя боли катетръ удаленъ на 3 д. Моча до 4 д. шла исключительно черезъ рану, позже отчасти нормально. Съ 9 д. моча шла черезъ уретру. Первые 4 д. т-ра по вечерамъ поднималась до 38,5, затѣмъ до 11 д. нормальна. Рана брюшной стѣнки зажила per primam, въ нижней же части къ 11 д. были хорошія грануляціи. На 11 д. т-ра до 40, рожа, безсознательное состояніе. Зараженіе рожей произошло отъ поступившаго больнаго съ шелушеніемъ кожи лица послѣ бывшей рожи. Больной взятъ родителями.	Исходъ неизвѣстенъ.	Письмо д-ра Батманова отъ [20] IX 1888.
...ырь шел... ...швы Лем... Швы глу... ...поверх... ...е на всю ...рюшной ..., катетръ ...meure. ...птическ. ...а, іодо...рмъ.	Два дня т-ра нормальна; на 2 д. вырвалъ катетръ, на 3 д. вечеромъ 39.2; больной безпокоенъ. На 4 д. angina tonsillaris; т-ра выше 39. На 5 д. рожа. До 7 д. моча свѣтлая идетъ черезъ уретру; на 7 д. швы разошлись и моча идетъ въ повязку; на 8 д. сопоръ, рожа дальше; на 9—коллапсъ, на 10—смерть.	Умеръ на 10 д.	St.-Petersb. medic. Wochenschr. 1885, № 12 и письмо д-ра Лингена отъ [27] XI 88.
	До 9 д. ничего ненормальнаго; на 10 д. много мочи, моча съ осадкомъ трипль фосфатовъ, содержитъ бѣлокъ (но безъ цилиндровъ); на 12 д. умеръ отъ уремія, вслѣдствіе закупорки обоихъ мочеточниковъ камнями.	Умеръ на 12 д.	St. Petersburg. medic. Wochenschr. № 48. 1874.

						гой чер высок
13	Тодорскій. Владикавказ. воен. госпиталь. 1885.	13 л. 4 г.	Питанія порядочнаго. Сильный катарръ пузыря; мочеиспусканіе часто и болѣзненно.	Наливаніе пузыря теплымъ борнымъ растворомъ черезъ серебрян. катетръ; онъ осталенъ въ пузырѣ; по немъ сдѣлапъ разрѣзъ пузыря.		Урат 26,0 Болы голуб наго я
14	Проф. Тауберъ.	6.				
15	Проф. Павловъ. Петербургъ. 1885.	18 л. 6 л.	Худъ, малокровенъ, рахитикъ. Моча щелочна съ амміачнымъ запахомъ; осадокъ солей и гноя. Лихорадитъ	Въ пузырь около 150 к. с. борнаго 2⁰/₀ раств., больше пузырь не вмѣщалъ.		Фосф яд ура 4,6 3,9 2,8

	Вскрытіе. Вся правая почка атрофирована; въ правомъ мочеточникѣ камень; въ лѣвой почкѣ — рѣзкій піэлитъ. Лѣвый мочеточникъ огромно расширенъ и у пузырнаго конца камень.		
къ пред- аго прост- а; швы на брюшной до дрена- атетръ à ге. Іодо- о-сулемо- вязка на- ивота и по- у бедеръ. три раза ь промы- пузыря в. раство- омъ.	Т-ра все время нормальна. Моча идетъ на 2 д. черезъ дренажъ и черезъ катетръ; моча эти дни нѣсколько лучше; на 3 д. почти цѣликомъ моча выдѣляется черезъ стволъ, но опять сильно катарральна. На животѣ prima; больной постепенно слабѣетъ, апатиченъ; на 4 д. съ утра поносъ. Ночью сразу dyspnoe, пульсъ нитевидный, sopor. Въ 4 ч. утра 5 д. смерть. **Вскрытіе.** По просьбѣ родителей вскрыта только брюшная полость: стѣнки мочеваго пузыря сильно гиперэмированы; сильный циститъ. Края пузырной раны омертвѣли. Клѣтчатка вокругъ пузыря и брюшины ничего особеннаго. Брюшина нормальна. Мочеточники расширены и наполнены гноемъ. Лоханки почекъ растянуты и наполнены гноемъ. Лѣвая почка слегка увеличена въ объемѣ, имѣетъ нѣсколько небольшихъ полостей около пирамидъ, наполненныхъ гноемъ, а въ одной изъ этихъ полостей находится камень, по формѣ какъ бы отпечатокъ увеличенной лоханки; въ длину дюйма два, въ толщину около дюйма; бугристъ, мочекислый. Правая почка сильно увеличена въ объемѣ, верхняя ея треть нормальна, нижняя же представляетъ полости, наполненныя гноемъ; въ tubuli contorti найдено два камня темнаго цвѣта, бугристыхъ и похожихъ по формѣ на перечныя зерна. Печень и селезенка слегка увеличены въ объемѣ. Въ кишкахъ, кромѣ сильной гиперэміи, ничего особеннаго.	Умеръ на 5 д.	Скорбный листъ Владиков. госпит. № 1130, 1885 г.
		Вызд.	**Родзевичъ.** Земская Медицина, **1885.**
аны пузы- ришиты г. шелко- швами къ ъ раны ой стѣнки. і катетръ ырь; между и краями іодоформ- ипонъ; отъ з резино- рубка въ	Первые сутки лихорадитъ до 38,4. Черезъ 4 д. снята часть швовъ, а черезъ 6 д. всѣ остальные. Черезъ 20 д. моча идетъ нормально. Свищевое отверстіе отъ дренажа закрылось быстро. Выписанъ съ нормальной мочей и мочеиспусканіемъ.	Вызд. черезъ 41 д.	Хир. Вѣстн. 1885, № 12.

16	召Мининъ. Петербургъ. 1885.	27 л. 25 л.	Хорошаго тѣлосложенія и питанія. Моча кислая, бѣлка нѣтъ. Подъ микроскопомъ немного клѣтокъ пузырнаго эпителія.	Пузырь наполненъ 1% растворомъ борной кислоты въ количествѣ 360 куб. с. Разрѣзъ пузыря между 2 острыми крючковатыми щипцами.		Щаве вик 3×2,5
17	Васильевъ. Новогеоргіевскъ. 1885.	75 л.	Сильный катарръ пузыря. Задержаніе мочи; сильная гематурія; знобы съ повышеніемъ температуры. Rrostata сильно увеличена, тверда.	Пузырь налитъ 200 куб. с. раствора борной кислоты, столько же въ кольпейринтеръ.		Камен дивер кул 2,5×
18	Павловскій. Петербургъ. 1885.	6 л. Съ рожденія.	Хорошо упитанъ Моча мутна, кислой реакціи, умѣренный осадокъ и немного бѣлку. Безъ лихорадки.			Ура 12. 3×
19	Розановъ. Екатер. больн. для чернорабочихъ. Москва.					
20	Левитскій. СПб. Маріинская больница. 1886.					

ъ съ раство- карболовой ты. Анти- ческая по- вязка.			
узырь 9 уз- ат. шелко- ъ швовъ; апу брюш- стѣнки 6 окихъ и 3 хност. шел- ыхъ шва, жъ въ ниж- углу раны итъ къ ко- катетръ à eure. Анти- ическая по- вязка.	Шесть дней т-ра повышена до 39,2. На 3-й д. нормальное испражненіе мочи; на 6 д. повязка промокла мочей. Въ мочѣ найдено 2 шелковыхъ шва, отдѣлившихся съ узелками. На 8 д. моча идетъ только нормально, удаленъ дренажъ. Выздоровленіе безъ осложненій.	Выздна 16 день.	Хирург. Вѣстн. 1885.
пузырь двѣ ки по спо- у *Perrier- on'a*. Рана ной стѣнки та 4 глубо- и 3 поверх- швами до жа, который пришитъ септич. по- а. Положе- на животѣ.	Т-ра повысилась только на 2 д. до 39,4. Трубки удалены на 10 д.; рана брюшной стѣнки зажила per primam. При положеніи на спинѣ повязка суха, если же больной лежалъ на боку—промокала. Пузырь промывался 2 раза въ день растворомъ сулемы или борной кисл. По извлеченіи трубокъ больной мочиться самъ не можетъ, вставленъ Нелатоновскій катетръ; больной его не переноситъ; катетеризація.	Выздпа 35 д.	Хирург. Вѣстн. 1885.
жъ пузыря; ь промытъ ор. сулемы, ыпка іодо- мъ и легкая ка изъ мар- гигроско- ской ваты.	На другой д. повышеніе т-ры до 39; затѣмъ все хорошо. На 6 д. удаленъ дренажъ. Никакихъ осложненій. Все время промываніе пузыря растворомъ сулемы и таже повязка.	Выздпа 34 д.	Богдановскій. Стр. 415.
		Вызд.	Никольскій. Второй Съѣздъ Русск. Врачей.
	Постепенно развиваются припадки урэміи. **Вскрытіе.** Pyelonephritis bilateralis.	Умеръ черезъ 5 д.	Словесное сообщеніе д-ра Левитскаго

21	Денисенко.	22 л.	Малокровенъ, худъ.	Пузырь налитъ 2% растворомъ борной кислоты. Пузырь удерживался острыми крючками.	Складку брюшины пришлось удерживать. Послѣ разрѣза пузыря жидкость быстро хлынула, пузырь соскочилъ съ крючковъ; первый разрѣзъ не найденъ, сдѣланъ второй.	4 камн 16,0 15,0 7,0 7,0 Уро-фс фаты
22	Акимовъ. Земская лечебница Труб. уѣзда. 1886.	1 г. и 2 м. 1 г.	Истощенъ, отекъ вѣкъ, хронич. бронхитъ. Сильныя страданія; prolapsus recti; мошонка, промежность въ эрозіяхъ. Моча слабо-кислой реакціи, мутна; муть не исчезаетъ отъ прибавленія кислотъ. Подготов. леченіе.	Тщательная дезинфекція послѣ операціи. Промыванія пузыря 4% acidi borici. Пузырь налитъ 90,0 куб сант. того же раствора, при чемъ онъ не дошелъ до пупка лишь на 3 пальца. Мизинцемъ помощника пузырь приподнятъ черезъ rectum; фиксированъ острымъ крючкомъ.		2 кам фосфа Длин больша 4, по речни 3. Втор камень бобт
23	Проф. Пелехинъ. С.-Петербургъ. 1886.					
24	Ящинскій. Волынская губ. Житомір. уѣздъ. 1887.	30 л. $3^1/_2$ г.	Хорошо сложенъ и упитанъ. Моча прозрачна, кислой реакціи; даетъ осадокъ, растворяющійся при кипяченіи.	Пузырь налитъ 5% растворомъ борной кислоты настолько, что верхняя граница расширеннаго пузыря на 2 пальца выше лобка. Пузырь разрѣзанъ между двумя крючками.		Ура 9,5 5×

яжъ пузыря ану брюш- тѣнки швовъ дренажа. тръ à de- . Катетръ енажъ сое- ы съ длин- рубкой, ко- которой щенъ въ ку съ 5°/o оромъ ac. arbolici.	На 2 д. моча пошла нормальнымъ путемъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ найденъ совершенно здоровымъ.	Вызд. черезъ 21 д.	Яковлевъ [111]). Стр. 220.
ажъ пузы- рану брю- й стѣнки въ. Повяз- зъ марле- ь компрес- , смочен- ol eucalypti удренныхъ formii.Про- ія пузыря ico; внутрь -же раст- воръ.	На 2 д. послѣ операціи т-ра 38,8; eczema вокругъ раны и на мошонкѣ отъ повязки. Ночью выпалъ катетръ и дренажъ; не вставлены больше. На 3 д. оперированный мочился отчасти нормальнымъ путемъ. На 12 д. при мочеиспусканіи вышелъ значительный комокъ мочеваго песку; 27/II рана вполнѣ зарубцевалась.	Вызд. черезъ 20 д.	Русская Мед. 1886. №№ 27 и 28.
		Умеръ	
пузырь 8 ат. шелко- ъ швовъ; брюшной ки сшита что швы жены от- и намыш- на кожу. тръ á de- . Антисеп- к. повязка.	На другой день послѣ операціи т-ра 40; никакихъ причинъ, объясняющ. это повышеніе. Моча вся идетъ черезъ катетръ, повязка суха. На 5 д. повязка промокла; при промываніи оказалось, что prima только въ большей части раны пузыря, а не по всему протяженію. На 12 д. послѣ операціи абсцессъ на нижней поверхности penis, впереди scroti; вскрытіе абсцесса, затѣмъ все хорошо.	Вызд. на 20 д.	Ящинскій [112]) Хирург. Вѣст. 1887.

25	Янсенъ. Рига 1887.	17 л. 4 г.	4 послѣдніе года боли при мочеиспусканіи въ glans penis. За недѣлю до операціи постоян. позывы къ мочеиспусканію; выдѣляется малое количество кровянистой мочи.			Каме въ ви тутов ягоды Щавел 13,5 Наибо шая окру ность
26	Цейдлеръ. С.-Петербургъ. Обуховская больн. 1887.	21 л. Съ дѣтства.	Страдаетъ съ дѣтства разстройствомъ мочеиспусканія. Моча нормальна; боли въ области пузыря. Послѣ изслѣдованія катетромъ знобъ и т-ра до 40,2; такъ повторялось два раза.	Пузырь налитъ около 200 к. с. рас. борной кислоты. Кольпейринтеръ.		4,0 1,7× ×1
27	Турнеръ. Петербургъ. 1888.	Съ 32 л. Съ дѣтства.	Хорошее питаніе. Частые позывы на мочеиспусканіе, боли. Моча сильно амміачна съ большимъ количествомъ гноя. Въ дѣтствѣ (8 л.) черезъ уретру вышелъ камешекъ съ воробьиное яйцо (?); съ тѣхъ поръ были только изрѣдка боли въ пузырѣ. Ухудшились припадки только за 3 недѣли до поступленія въ больницу. Лихорадитъ.	Пузырь налитъ борнымъ растворомъ, но такъ какъ пузырь былъ сокращенъ и весь выполненъ камнемъ, то въ пузырѣ удержано раствора не много. Складка брюшины оттянута и удержана пальцемъ. Перерѣзаны прикрѣпленія обоихъ прямыхъ м.; разрѣзъ admaximum.	Камень невозможно захватить. Предварительное сшиваніе краевъ раны пузыря съ краями брюшной раны. При помощи пальца, введеннаго въ rectum, камень нѣсколько приподнять и	Нару ный ура зат слой лято въ сант. щи ядро моче лыхъ лей. вели ной болы минд ны орѣ 31 9×8

	Свѣдѣній нѣтъ.	Вызд. черезъ 15 д. Реф.	Protok. des Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga 1887. въ Peter. med. Wochens. 1888. № 1.
узырь 3 глу- шелковыхъ по *Макси-* и 2 поверх- т. На рану шной стѣнки жный шовъ мышцы и кожу) шел- ъ; катетръ meure съ си- ымъ приспо- ѣніемъ. Іодо- мно-сулемо- я повязка.	Послѣ операціи т-ра нормальна; моча стекаетъ черезъ катетръ хорошо. На 2 д. т-ра 39.1, жалобы на сильный кашель. На 4 д. показалось немного мочи въ уретрѣ около катетра; немного гноя и около дренажа; снято 3 шва на ранѣ брюшной, заживленіе per primam. Катетръ удаленъ. На 5 д. сдѣлана попытка ввести катетръ—ознобъ. Мочится произвольно и нормальнымъ путемъ. На 6 д. всѣ швы наружной раны удалены,—заживленіе per primam; удаленъ дренажъ. Значительный epididymitis. На 11 д. снова т-ра высока—40,2; жалобы на тошноту, кашель, поносъ. На 14 д. въ области лѣвой почки легкая болѣзненность; въ мочѣ немного бѣлку. Съ этого дня ухудшеніе въ общемъ состояніи и со стороны мочи; рана все время въ отличномъ состояніи; т-ра колеблется 39,2—36,8; ванны облегчаютъ больнаго. Съ 15 д. постепенное улучшеніе и на 37 д. оперированный выписанъ съ слегка мутной мочей, съ превосходнымъ общимъ состояніемъ.	Вызд. черезъ 37 д.	Скорбный листъ № 5467.
ажъ пузыря; ецъ дренажа видѣ сифона денъ въ по- лепный сбо- ольнаго со- . Рана брю- ой стѣнки та только въ н. углу. Про- анія пузыря он. раство- ь 3 раза въ . Антисепти- кая повязка.	При промываніи пузыря отходитъ масса осколковъ и мочев. песку. Т-ра повышена до 39. Моча все время вонючая, мутная; моча идетъ большею частью мимо дренажа, такъ что рѣдко удается сохранить больнаго сухимъ. Часто послѣ тщательнаго промыванія пузыря вдругъ изъ него черезъ дренажъ сразу вытекаетъ струя мутной и вонючей мочи. Рана гранулируетъ. На 14 д. вторичные швы верхняго угла раны; prima. Поносъ. На 19 д. зашитъ и нижній уголъ раны, оставлено только отверстіе для дренажа. Срощенія не произошло; моча болѣе вонюча, вытекаетъ изъ трубки даже тотчасъ послѣ промыванія въ видѣ густой, вязкой жидкости. Умеръ на 27 д. при явленіяхъ истощенія. **Вскрытіе.** Въ полости брюха гноя нѣтъ; вообще никакихъ воспалительн. явленій; нѣтъ сообщенія съ пузыремъ, такъ какъ повсюду край пузыря срощенъ съ брюшною стѣнкою.	Умеръ черезъ 26 д.	Письмо д-ра Турнеръ отъ 20/x 1888.

					удержанъ, въ то время, какъ долотомъ и молоткомъ выдолбено въ серединѣ камня отверстіе; камень затѣмъ повернутъ на ребро и раздробленъ на 3 части; каждая извлечена отдѣльно; операція длилась около 2-хъ часовъ.	
28	Кармиловъ. Моск. воен. госп. 1888.	21 г. Нѣсколько лѣтъ.	Общее состояніе хорошо. Моча слабо-кислая. Съуженіе уретры.	Пузырь промытъ 2% борнымъ растворомъ. Налитъ тѣмъ же растворомъ черезъ Неланов. катетръ. Пузырь разрѣзанъ межд 2 шелковыми лигатурами.		Щавел викъ я цевидн формы шипо образн величи ной в больш голуби яйцо
29	Салищевъ. Пензенск. губ. Земская больн., г. Инсаръ. 1888.	4 л. 2 л.	Общее состояніе очень хорошо. Сильная боль при мочеиспусканіи; мочится 15—20 разъ въ сутки. Моча слабо-кислой реакціи, нѣсколько мутна; при отстоѣ небольшой осадокъ; слѣды бѣлка. Температура нормальна.	Пузырь налитъ 3% растворомъ борной кислоты, брюшн. складка на 3 с. выше лона. Пузырь разрѣзанъ между острыми крючками; разрѣзъ 2,5. Камень извлеченъ легко корнцангомъ.		Камен сплю щенъ снаруя покры небол шими т кими остро ками ф фатов въ рас лѣ сл оксал товъ уратов

	Оба мочеточника растянуты до размѣровъ colonis, особенно лѣвый. Пузырь пустъ. При поднятіи почекъ пузырь наполняется вонючей жидкостью; тою-же жидкостью наполнены мочеточники. На поверх. почекъ масса кистъ, вся центральная часть почекъ разрушена, вмѣсто нея масса полостей съ гноемъ. Не измѣнена лишь часть корковаго вещества. Разрушеніе больше въ правой почкѣ. Лоханки сильно растянуты; отверстія мочеточниковъ въ пузырѣ узки. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.		
а шва по *ксимову* въ немъ и два ижнемъ углу ы. Въ пу- ь дренажъ. а брюшной ки до дрена- сшита шел- ь. Катетръ meure. Ан- ептическая зка.	Все время безъ лихорадки; первые три дня повязка смѣнялась ежедневно, на 4 д. вся моча черезъ катетръ, на 7 д. удалены швы (prima), на 12 д. удаленъ дренажъ. Черезъ 3 недѣли полное выздоровленіе.	Вызд. черезъ 21 д.	Письмо д-ра Кармилова отъ 11/VIII 1888 г.
ренажъ пу- ря. Рана шной стѣнки та до дрена- который то- ришитъ къ шной стѣнкѣ. исептическая зка изъ іодо- м. марли и циловой ва- Больной на отѣ.	6 дней послѣ операція т-ра по вечерамъ до 38. На 3 д. изъ 5 швовъ 2 разошлись, сняты всѣ; на 6 д. извлеченъ дренажъ и на 9 д. отдѣленіе мочи нормально. На 16 д. остается небольшая грануляціонная поверхность, лежащая на одномъ уровнѣ съ кожей. Моча нормальна.	Вызд. черезъ 17 д.	Личное сообщеніе.

						ядро п... велеви... вое. 10,... 3, 3 дл.
30	Поповъ. 1884·	14 л. Съ дѣтства; камень опредѣленъ 6 л. назадъ.	Истощенъ; сильныя боли при мочеиспусканіи; недержаніе мочи. Моча кислая, небольшая муть и осадокъ.	Пузырь налитъ до того, что ясное выпячиваніе надъ лономъ; при соблюдеміи строгаго листеризма.		Фосфа... болѣе... лубина... яйца...
31	» 1884.	$5^1/_2$ $3^1/_2$.	Довольно хорошаго питанія; моча кислая, безъ мути; боли при мочеиспусканіи довольно сильныя.		Приналиваніи пузыря довольно большое кровотеченіе черезъ катетръ.	
32	Проф. Валь. Дерптъ					
33	»					
34	Янишевскій. Больн. Св. Іоанна. Люблинъ. 1884.	65 л. 6 л.	Сильно истощенъ и анэмиченъ, вслѣдствіе частыхъ, обильн. геморроид. кровотеченій. Минимальное количество мочи при постоянныхъ позывахъ къ мочеиспусканію; боли при мочеиспусканіи ужасны. Пузырь не удержив. жидкости; введеніе жидкости болѣзненно. Лечился долго водами Виши, безъ успѣха; за послѣдній годъ страданія особенно усились.	Пузырь налитъ $4^0/_0$ раств. борн. кислоты. Кольпейринтеръ. Тщательн. очищ. поля операціи; до и послѣ извлеченія камня тщательное промываніе пузыря.	Брюшная складка удерживалась пальцемъ. Разрѣзъ пузыря пришлось еще удлиннить. Значит. наполненіе кольпейринтера нисколько не повліяло на поднятіе складки брюшины, вслѣдствіе вѣса камня. На-	94,...

дренажа, ни ра, ни шва, ану брюшн. ки по угламъ . На рану дные карбо- компрессы; женіе на бо-	Первые 5 д. т-ра между 38 и 39.5. Мочится нормально на 25 д. Катетеризація все время невозможна, такъ что промываніе раны снаружи; путемъ нагноенія удалено довольно много омертвѣлой клѣтчатки съ отложеніемъ солей.	Вызд. вполнѣ на 48 день.	Русская Медиц. 1885, №№ 35 и 36.
ложеніе на съ поджа- голенями.	Безъ лихорадки. Нѣсколько разъ боли внизу живота въ зависимости отъ глистовъ.	Вызд. на 19 день.	
	Примѣчаніе. Авторъ думаетъ, что кровотеченіе зависѣло отъ пораненія шиповатымъ камнемъ слизистой оболочки пузыря во время распрямленія дивертикула. Камень одѣтъ въ тонкую сорочку изъ слизистой оболочки пузыря.		
енажъ пузы- ь отверстія- лько въ той его, кото- въ пузырѣ; итъ къ обо- краямъ пу- ной раны; ой конецъ уженъ въ ъ между но- больнаго *Perrier*). ану брюш- стѣнки до одоформный къ, около жа тампонъ тръ à de- . Антисеп- кая повяз-	Послѣ операціи колляпсъ. На 2 д. болѣзненность живота, икота, рвота; моча мутна, щелочна. Смѣна повязки и промываніе пузыря ac. borico. 3 д. лучше; катетръ удаленъ, такъ какъ моча не идетъ черезъ него; ежедневное промываніе пузыря; повязка. На 8 д. швы брюшной раны удалены; швы, удерживавшіе дренажъ, прорѣзались и дренажъ выпалъ; вставленъ вмѣсто него англійскій катетръ. На 15 д. тошнота, поносъ; гранулируетъ рана плохо; слабъ. Постепенно слабость усиливается и смерть 3/IX, т. е. на 21 д. Т-ра все время въ нормѣ. **Вскрытія не было.**	Умеръ на 21 день.	Медусуна 1885. №№ 51—52. Central. fur Chir. 1886. № 12. »

					лить пузырь не удалось, такъ-какъ камень былъ плотно охваченъ стѣнками пузыря. Легко раздробленъ пальцами.	
35	» 1885.	13 л. 2 г.	Больному на видъ не больше 9 л. Истощенъ; плохой аппетитъ, безсонница. Пузырь растянутъ мочею, мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Моча плоха. До операціи 5 недѣль приготовительн. леченіе (ванны, adstringentia, narcotica).	Кольпейринтеръ не могъ быть введенъ, вслѣдствіе появившагося во время норкоза выпаденія recti на 4, 6 сант. До и послѣ извлеченія камня тщательное промываніе пузыря.	Кровотеченіе обильное изъ пузыря было остановлено промываніемъ растворомъ борной кислоты. Складку брюшины пришлось удерживать пальцемъ. Трудное извлеченіе камня, который оказался плотно охваченнымъ стѣнками пузыря, заходившими во всѣ его неровности. Извлеченіе камня было нѣсколько облегчено приподнятіемъ его черезъ rectum.	Щавел известк 21, 25
36	Соломка. Владикавк. военн. госпит. 1884.	6 л. 3 г.	Хорошаго питанія, сильныя боли при мочеиспусканіи. Моча слабо-кислая, легкая муть. Осадка нѣтъ, бѣлка тоже. Не лихорадитъ.	Пузырь налитъ 3% раствор. борной кислоты черезъ серебрян. катетръ. Разрѣзъ пузыря по клюву, между 2 крючками. Камень удаленъ корнцангомъ.		Урат гладкі кругло тый, слегк сплюсн 12,5 $3,5\times2$ $\times2,$
37	» 1885.	11 л. Боленъ	Сильно истощен., золотушенъ.		По случаю величины камня	Нару слои ф

тъ же уходъ. ренажъ при- ъ не къ пу- ой, акъкож- ранѣ. Рана шной стѣнки та до дре- а шелкомъ. септическая зка.	Послѣ операціи боли въ животѣ и въ области пузыря. На 5 д. боли почти прошли; моча не идетъ въ дренажъ (засорился), пропитываетъ повязку. Смѣна повязки, промываніе пузыря черезъ дренажъ. На 9 д. сняты швы, дренажъ удаленъ; сшитая часть раны срослась; черезъ нижнюю часть моча вытекаетъ свободно; на 16 д. моча идетъ нормально и на 36 д. рана зажила вполнѣ.	Выэд. черезъ 36 д.	
енажъ пе- узырнаго странства. ть шелко- . швовъ на брюшной и до дрена- который занъ карль- ской булав- . Катетръ meure. Ан- ептическая зка изъ іодо- ной марли, оловой, са- овой ваты. зка на весь тъ и поло- у бедеръ.	Все время т-ра нормальна. Ночью послѣ операціи вырвалъ катетръ, который не переноситъ. Оставленъ безъ катетра; вставляется только при промываніи пузыря; 2, 3 повязки въ день. Положеніе на боку. На 4 д. впервые моча вечеромъ пошла нормально; на 6 д. моча только черезъ стволъ. Извлеченъ дренажъ; швы съ брюшной стѣнки сняты, prima. Окровавлены края нижняго угла раны; наложено два шва. На 9 д. сняты и эти швы—prima. Мочится нормально, моча свѣтла, Примѣчаніе. Черезъ 4 м. извѣстно, что мальчикъ вполнѣ здоровъ.	Выэд. на 9 д	Сборникъ Кавк. Медиц. Общ. № 42.
ъ-же уходъ.	Вечеромъ послѣ операціи вырвалъ катетръ, который не переноситъ. Повязка промокла;	Умеръ черезъ 6 д.	

	—	давно, но сильно страдаетъ 1/2 года.	Припухлость железъ, особенно шейныхъ. Сыпи часты на головѣ, около ушей; гноетеченіе изъ ушей. На лѣвомъ бедрѣ рубцы отъ какого то хирургическаго пособія, поданнаго по случаю нарывовъ послѣ болей въ тазобедрен. суставѣ. Теперь суставъ болитъ, припухъ; колѣно согнуто, приведено. Ходитъ съ трудомъ. Моча сильно щелочна, мутна, вонюча; много слизи, гноя. Бѣлокъ. Боли при мочеиспусканіи велики; изрѣдка кровь въ мочѣ. Лихорадитъ.		разрѣзъ пузыря удлиненъ внизъ.	фаты, яд уратъ; яйцевид формы слегка ш роховат 46,8. 5×3×2
38	Проф. Монастырскій. С.-Пб.	Около 60 л.	Моча кровавая, щелочная.	Пузырь налитъ, кольпейринтеръ		
39	»	22 л.				
40	Эберманъ. С.-Пб. Лечебница Человѣколюбиваго общества.	30 л.				
41	» 1885.	72 л.	Въ 1884 г. сдѣлана литотрипсія въ два сеанса; развилось задержаніе мочи, такъ что больной самъ выпускаетъ мочу	Пузырь налитъ 2% растворомъ карбол. кислоты.		

	оставленъ безъ катетра; онъ вводится только при промываніи. Положеніе на боку. На 3 д. послѣ операціи вечеромъ 39; боль внизу живота; онъ вздутъ, 2 жидкихъ испражненія. Самочувствіе хуже; на 4 д. боли въ животѣ прошли; 3 жидкихъ испражненія. На 5 д. нѣсколько разъ мочился, какъ слѣдуетъ. Самочувствіе хуже, слабѣетъ, 3 повязки въ день. Швы держатъ хорошо. На 6 д. сильныя боли внизу живота; постепенная слабость и смерть утромъ на 7 д. **Вскрытія** (по просьбѣ родителей) не было.		
ырь шовъ *нга.* На брюшной ı швы до ажа. Ка- ı demeure, ıу длинная	Prima intentio пузырной раны. Катетръ удаленъ на 8 д.; въ этотъ срокъ удалены и швы брюшной стѣнки. Безъ осложненій.	Выэд.	Дневникъ 1-го Съѣзда Русск. Врачей
в. трубка, двый ко- которой нъ въ со-	На 6 д. швы пузыря разошлись; повязка промокла. Безъ осложненій.	Вызд.	
съ 5% р. карбол. ы. Строгая септика.	Инфильтрація мочи и гноя въ ткани лѣвой половины брюшной стѣнки.	Умеръ	Проток. Русск. Хирург. Об-ва Пирогова. 1884. Письмо д-ра Эбермана.
раны пу- пришиты гыми шел- ки швами ямъ раны ой стѣнки. зырь тол-	Швы сняты черезъ 7 д. Черезъ 14 д. извлеченъ дренажъ и больной каждые 3 часа удаляетъ мочу катетромъ. Безъ катетра мочиться не можетъ. Заживленіе шло почти безъ лихорадки.	Вызд. черезъ 33 д.	Хирург. Вѣст. 1886.

			катетромъ. Истощенъ. Вонючая щелочная моча. За нѣсколько дней до операціи промываніе пузыря эмульсіей изъ іодоформа, глицерина и воды.			
42	Никольскій. Москва.	30 л.				
43	»	40 л.				
44	Ассмутъ. С.-Пб. 1886.	46 л.	Истощенъ. Внутр. органы здоровы; боли при мочеиспуск. въ области пузыря. Моча щелочная, вонючая, содержитъ много гноя и крови. Сильная чувствительность пузыря.	Пузырь налитъ 300 куб. сант., кольпейринтеръ 400 куб. сант. 3% раств. борн. кислоты. Пузырь фиксиров. остр крючкомъ. До операціи пузырь тщательно промытъ тѣмъ-же раствор.; ванны.		
45	» 1887.	35 л. Съ дѣтства.		Сперва сдѣлано срединное, а затѣмъ высокое камнесѣченіе.	Операція была затруднена, такъ какъ пузырь не могъ быть налитъ. Трудное извлеченіе; камень въ дивертикулѣ.	Нѣск ко (?) ней леньк и оди больш
46	Кѣтлинскій. Могилевъ. 1886.	4 л.	Слабъ; часто страдаетъ бронхитомъ.	Пузырь налитъ 4% растворомъ борной кислоты. Кольпейринтеръ. Частичное отдѣленіе прикр. m. rectorum.		Урат тверд гладк велич ною голуб яйц
47	» 1886.	10 л. 4 м.	Плохо упитанъ; моча нормальна.	Пузырь налитъ 4% раств. борн. кислоты. Пузырь	Разрѣзъ l. albae въ 3 с. удлиненъ еще на 1½ сант.,	Щав викъ; рохов

ренажная а; другой ь дренажа ъ въ под- нный со- больной на очти —жи- Антисепт. вязка.		Выэд. Умеръ.	Труды 2-го Съѣзда Русск. Врачей.
ырь шовъ *шну*, шел- На рану ой стѣнки ый шовъ нажа. Ка- а demeure. рмно-су- я повязка.	На 2 д. лихорадка до 38.9; моча остается щелочной, вонючей, гнойной. До 6 д. повязка суха; перемѣна повязки. Швы брюшные и дренажъ удалены. На 7 д. повязка пропитана вонючей мочей; снята повязка, компрессы изъ борной кислоты. Черезъ 39 д. полное выздоровленіе. Примѣчаніе. Черезъ 7. м. больной пришелъ заявить, что нѣсколько времени тому назадъ онъ почувствовалъ разстройство въ испражненіи мочи, которое прошло послѣ выхода камешка. Оказалось, что это была петля шва, около которой образовалась инкрустація мочевыхъ солей.	Вызд. черезъ 39 д.	St.-Peters. med. Wochens. 1886.
къ черезъ раны.	Теченіе безъ всякихъ осложненій.	Исходъ неизвѣстенъ.	St.-Peters. med. Wochens. 1887.
ада раны ыря сали- -iодофор. смоченной й. Черезъ е 3—4 ч. ампоновъ. женіе на . Промы- пувыря въ день створомъ кислоты.	На 10 д. моча пошла черезъ уретру. Черезъ 3 недѣли брюшная рана совсѣмъ закрылась. Неожиданно повышеніе т-ры и боли въ правомъ подреберьи; къ 8 д. отъ начала этихъ болей опухоль у 11 и 12 реберъ; околопочечной нарывъ; разрѣзъ. Тампонада тѣмъ-же перевязочнымъ матеріаломъ. Черезъ мѣсяцъ полное выздоровленіе.	Вызд черезъ 60 д.	Письмо д-ра Кѣтлинскаго отъ 6/IX 1888 г. и Медиц. Обозр. 1888 г. № 20.
ный шовъ ;дренажъ. у брюшн.	Недѣли 2 послѣ операціи моча еще шла черезъ дренажъ. Невозможность испускать мочу безъ катетра; моча сдѣлалась гнойная; уре-	Вызд. черезъ 120 д.	

				при разрѣзѣ приподнятъ катетромъ.	вслѣдствіе невозможности извлечь камень, сильно сросшійся со стѣнками пузыря.	шипо- ватъ. 1
48	Клинъ. Москва.					
49	»					
50	Войно. Одесса. 1886.	Дѣвочка 8 л.	Слабаго тѣлосложенія, блѣдна, исхудала; боли въ нижней части живота. Темпер. нормальна. Мочеиспусканія часты, болѣзненны. Моча свѣтла, нормальна. Пузырь растянутъ, контуры его обрисовываются рѣзко черезъ покровы живота.	Пузырь налитъ 175 куб. с. тепловатаго раствора тимола. Кольпейринтеръ (сдѣлан. изъ эластическ. катетр. съ укрѣп. на немъ 2 гондомами) наполн. 118 куб. с. той-же жидкости. Брюшинн. складка надъ лономъ на 3—4 с. Разрѣзъ пузыря сдѣланъ на кончикѣ зонда; разрѣзъ расширенъ тупоконечнымъ бистури.		Три ка ня. Ура гладкі овальн формы сплюсн Вѣс всѣх 26,5. (мый бо шой 2-
51	» 1887.	Дѣвочка 3 л.	Хорошаго тѣлосложенія и питанія; температура нормальна. Частые и в. болѣзненные позывы на мочеиспусканіе, при чемъ всегда prolapsus recti. Моча свѣтла, прозрачна, нормальна.	Въ пузырь 150 к. с. раствора тимола, въ кольпейринтеръ 100 куб. с.; строгая антисептика.	Во время операціи, по разрѣзѣ покрововъ живота, больная во снѣ надулась; произошелъ prolapsus recti, а съ нимъ вмѣстѣ выскочилъ и кольпейринтеръ. Операція окончена безъ него, при одномъ наполненномъ пузырѣ.	Урат 11,(2,5

…іки швы. …ептич. по-вязка.	тритъ. Въ концѣ 3 нед. дренажъ удаленъ и замѣненъ ленточкой изъ 50°/o іодоформ. марли. Уходъ оставлялъ желать многаго, отсюда затеки, образованіе свища. Черезъ 4 мѣсяца полное выздоровленіе.		
		Вызд.	Никольскій. Труды 2-го Съѣзда Русск. Врачей.
		Умеръ	
…пузырь 7 …оватыхъ …ъ изъ сред- …кэтгута по …имову. На … брюшной …и этажный …, скорняж- … Мышечный … кэтгутомъ, …ный—шел- … Дренажъ …жній уголъ … Катетръ …meure, къ … длинная …жная труб- …свободный …ъ которой …щенъ въ …воръ суле- …Антисептич. …ка(іодофор. …мовая) на … животъ и … бедеръ.	Первые 2 д. т-ра нормальна; повязка промокла, такъ какъ часть мочи идетъ мимо катетра. На ранѣ марля совершенно суха, черезъ 2 д. вечеромъ 40. На 3 д. повязка назади промокла; на ранѣ вата и марля—сухія. Удалены швы и дренажъ; трубка закупорилась сверткомъ крови; при надавливаніи на края раны выдѣлилось изъ отверстія ея нѣсколько капель гноевидной жидкости безъ запаха мочи; склейка раны per primam. Моча идетъ въ катетръ. Вечеромъ 39,9. На 4 д. вся повязка промокла мочей; послѣ ея удаленія оказалось, что черезъ отверстіе въ нижнемъ углу раны отдѣляется моча; въ катетръ моча не идетъ. Края раны разъединены; рана тампонирована іодоформ. марлей. Положеніе на животѣ. Черезъ недѣлю рана стала гранулировать; на днѣ раны лежитъ кусокъ некротизированной ткани, который заключаетъ швы, несомнѣнно, пузыря. На 11 д подъ хлороформомъ введенъ катетръ à demeure; на 18 д. повязка суха, удаленъ катетръ. Черезъ 40 д. выздоровѣла вполнѣ; моча чиста.	Вызд. черезъ 40 д.	Прот. засѣданія Об-ва Одесскихъ Врачей. 1886. № 6.
Тоже.	Безъ лихорадки. На 6 д. перемѣна повязки, удалены швы; вездѣ prima. Моча свѣтлая; больная оставалась съ повязкой еще въ постелѣ 6 д., но уже безъ катетра; на 10 д. выписана совершенно здоровой. **Примѣчаніе.** За мѣсяцъ до операціи высокаго камнесѣченія сдѣлана попытка раздробить камень, но неудачно. Развился сильный катарръ пузыря, потребовавшій мѣсяцъ леченія.	Вызд. черезъ 18 д.	Письмо д-ра Вайно отъ $^{3}/_{IX}$ 1888 г.

52	Сегаль. 1886.	$4^1/_2$ л. 2 г.	Довольно хорошо упитанъ. Слабый катарръ пузыря.	Пузырь налитъ 160—200 куб. сант. 2% раств. борной кислоты. Кольпейринтеръ. Катетръ оставлялся въ пузырѣ; раздѣленіе мускуловъ рукояткою скальпеля; пузырь вскрывался между 2 лигатурами.		Овалы формы верхн слой бо мягк 2×1,
53	» 1887.	10 л. 6 л.	Слабъ, плохо упитанъ. Мучительные припадки; моча слабокислая.			Ядро камня бобъ тверды шерохо плоск овальн форм 4×2,5)
54	Барциковскій. Елисаветградская гор. больница. 1886.	12 л. 3 г.	Плохаго питанія, изнуренъ. Мочеиспусканіе болѣзненно. Моча щелочная, содержитъ слизь, бѣлые шарики; бѣлку немного.			Урат 8,0
55	» 1887.	15 л. 3 г.	Питаніе удовлетворительно. Моча нормальная.			Урат 24,0
56	Проф. Грубе. Харьковъ.					
57	»					
58	»					
59	Макавѣевъ. Петербургъ. 1882.	22 л. $1^1/_2$ г.	Питаніе среднее; блѣденъ. Моча мутна, съ небольшимъ осадкомъ; средней реакціи; при кипяченіи муть исчезаетъ отъ избытка кислоты. Гнойные и слизистые шарики, кристаллы двууглекислой извести. T-ра нормальна.	Для наполненія пузыря (до яснаго появленія опухоли надъ лобкомъ) пошло до 420 к. с. жидкости. Катетръ оставленъ въ пузырѣ.		Урат съ кур ное яй 43,0.

ъ пузыря. …ну брюш- …инки этаж- …шовъ …ъ укрѣп- …корльсбад- …булавкой.	Т-ра первые 5 дней держалась на высокихъ цифрахъ, затѣмъ безъ лихорадки. Дренажъ выпалъ на 1-й д.; на 3-й д. моча идетъ отчасти нормально; на 8 д. вся черезъ стволъ. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черевъ 21 д.	Медиц. Обозр. 1888.
…рмъ, слой …скопиче- …аты, по- …пузырь …омъ. Два …въ день …занія пу- …° о раств. …кислоты. …е время …ка мѣня- …—8 разъ …сутки.	Т-ра первые 5 д. держалась на высокихъ цифрахъ, затѣмъ нормальна. На 4 д. моча отчасти идетъ черезъ уретру; на 12 д. идетъ нормально. Какъ въ первомъ, такъ и въ этомъ случаѣ при повышеніи т-ры назначался nat. salic. Выздоровѣлъ безъ осложненій.	Вызд. черезъ 28 д.	
…ырь узло- …шовъ по …*мову* изъ …. На рану …ой стѣнки …ый швовъ …кажа. Ка- …demeure. …рмно-су- …и повязка.	Безъ лихорадки. Промываніе пузыря 3% растворомъ борной кислоты ежедневно. На 4-й д. моча просачивается въ рану. Мочевая инфильтрація всей мошонки. Исхуданіе; на 4-й недѣлѣ pneum. crouposa. На 30-й д. смерть отъ истощенія и отъ неразрѣшившейся pneum. crouposae.	Умеръ на 30 д.	Русск. Медиц. 1887, 1888.
…же шовъ …рь.Брюш- …на зашита …).Антисеп. …язка.	Безъ лихорадки. Первая смѣна повязки на 5 д. На 7 д. вынутъ катетръ; на 12 д. сняты швы; на 19 д. полное заживленіе раны per. primam. Примѣчаніе. Пузырь не промывался.	Вызд. черезъ 19 д.	
	Свѣдѣній нѣтъ.	Вызд.	Захаревичъ Врачъ. 1882.
		Вызд.	
		Вызд.	
…узырь 7 …изъ кэт- …0. Ниж- …зы нало- …ыло труд- …блегчено …что при …2-хъ ли- …пузырь …ько вытя- …На рану …ой стѣнки …до дрена- …атетръ à	11 дней повязка была суха (перемѣнена 3 раза). Рана брюшной стѣнки зажила per primam; на 12 д. повязка промокла и моча идетъ отчасти черезъ рану, по большей частью черезъ уретру. Заживленіе полное, безъ осложненій.	Вызд. черезъ 45 д.	Врачъ. 1884.

60	» 1888.	35 л. Болѣе года.	Хорошаго питанія. Моча слегка мутна, слабо-кислая.	Пузырь налитъ растворомъ борной кислоты.		Уратъ. 2,17. 2×1,5
61	» 1888.	5 л. $2^1/_2$ г.	Удовлетворительнаго питанія. Моча съ небольшою примѣсью хлопьевъ; свѣтлая, слабо-кислой реакціи.			Уратъ 9,0. 3×2,5
62	Гагенъ-Торнъ. Новотаволжанская больн. Курская губ., Бѣлгород. у. 1883.	4 л. 2 г.	Моча содержитъ гнойныя тѣльца.	Пузырь не налитъ; безъ кольпейринтера.	Рыхлая жирная клѣтчатка сильно мѣшала захватить упущенный и надколотый пузырь. Глубокое положеніе пузыря.	Фосфат 5,5. 4×1,5 1,5.
63	» 1887.	22 л. Съ 2 л.	Общее состояніе сносно; блѣденъ. Сильное разстройство мочеиспусканія: то задержаніе, то частые позывы, то недержаніе мочи. Моча щелочная, осадокъ. Въ осадкѣ мало гнойныхъ клѣтокъ; онъ состоитъ изъ гриб-	Подъ наркозомъ изъ хлороформа (200), эфира и алкоголя (60) сдѣлана боковая литотомія. Извлечь камень не удалось, хотя литотриптеромъ отщемленъ большой кусокъ; не удалось и разбить вполнѣ. Сдѣлана sectio	Довольно обильное кровотеченіе; весьма трудное извлеченіе камня.	Плотный толстый слой уратовъ; центръ болѣе рыхлый. Вѣсъ собранныхъ осколков 40,2. Размѣры сильно (на $^1/_3$)

…ге. Повяз- …ь іодоформ- … марли, …цил. ваты …ненаго ка- …ната.			
…ну пузыря …ый шелко- …повъ. На … брюшной … швы до …ка.Катетръ …eure. Рана …а іодофор. …ептич. по- …язка.	Безъ лихорадки; какъ въ пузырной, такъ и въ брюшной ранѣ заживленіе per primam. Катетръ à demeure оставался почти до заживленія. Пузырь все время осторожно промывался борной водой черезъ катетръ. Выздоровѣлъ вполнѣ; моча кислая, чистая.	Вызд. черезъ 25 д.	Письмо д-ра Макавѣева отъ 21 XI 1888.
…жъ пузы- …На рану …ной стѣн- …въ до дре- …Ежедневно …ромыванія …и слабымъ …ромъ су- … На рану …ов. ком- …ы, мѣня- …ь часто.	Первые 5 д. послѣ операціи лихорадитъ, затѣмъ т-ра нормальна, заживленіе безъ осложненій. На 11 д. моча идетъ нормально; выздоровѣлъ вполнѣ. Моча послѣ операціи чиста, кислой реакціи.	Вызд. черезъ 21 д.	
… шовъ на …ій уголъ … брюшной …и. Пере- … сулемовой …ой; ком- …ы изъ ра- … хлоринов. …и. Затѣмъ …іодоформъ …ненька.	Послѣ операціи т-ра все время повышена; на 2 д. края раны воспалены (компрессъ изъ хлориновой извести). На 4 д. моча идетъ черезъ стволъ, затѣмъ все время черезъ пузырную рану. На 20 д. отекъ praeputii; на 23 д. боль и припухлость въ правой поясничной области: вскрытъ околопочечный нарывъ. Т-ра часто до 39—40. Выписанъ съ незажившей небольшой ранкой надъ лобкомъ и на поясницѣ. Примѣчаніе. Извѣстно, что черезъ нѣсколько мѣсяцевъ вполнѣ здоровъ.	Вызд.	Письмо д-ра Гагенъ-Торнъ отъ 13.XI. 1888.
…ій уголъ …ной раны …итъ къ …нему углу … брюшной …. Дренажъ …ря черезъ …жн. рану. …ваніе пу- … раствор. …л. натра. …формная …вязка.	Вечеромъ послѣ операціи (10 III) повязка промокла кровянистой мочей. 11 III запахъ разложившейся мочи; на верхній уголъ раны растворъ хлорзновой извести; мочи мало, безпокоенъ; ничего не ѣстъ, слабъ, пульсъ малый. При кашлѣ моча, безъ примѣси крови, вытекаетъ черезъ брюшную рану. Пузырь промытъ. 13 III моча преимущественно черезъ нижнюю рану: боль справа отъ брюшной раны; введенъ эластическій катетръ черезъ промежн рану и выведенъ черезъ повязку въ подставленную бутылку; моча кровянистая, съ большими хлопьями. 14 III мочи мало; больной ме-	Умеръ черезъ 7 д.	

			ныхъ нитей и кристалловъ фосфорн.-кислой амміакъ-магнезіи. За 4 д. до операціи пузырь промытъ растворомъ салицилов. натра. Хуже; моча вонючая (катетръ былъ прокипяченъ). Черезъ 3 д. послѣ этого моча сильно щелочна. Камень 2 д. лежитъ передъ уретральнымъ отверстіемъ; непроизвольное мочеиспусканіе по каплямъ. Подозрительные, но не точно опредѣлимые, цилиндры.	alta по введенному въ промежностный разрѣзъ указательному пальцу. Камень извлеченъ послѣ того, какъ разломился въ щипцахъ. Операція длилась 3 часа.		уменьш камня 4×5×4
64	» 1888.	50 л. Съ дѣтства.	Общее состояніе хорошо. Атероматозный процессъ въ сосудахъ. Страданія съ дѣтства, затѣмъ прекратились. Въ мартѣ этого года поднялъ бревно, почувствовалъ боль въ пузырѣ; не могъ мочиться. Моча щелочная, вонючая; примѣсь крови, эпител. клѣтокъ; найденъ гіалиновый цилиндръ. Послѣ промыванія пузыря моча немного лучше. Лихорадитъ; одышка, т-ра до 40°.	Операція подъ кокаиномъ (5% на различную глубину).	Cancer vesicae urinariae. Камень въ дивертикулѣ. Видна складка брюшины; fundus пузыря плотенъ, стѣнки его плотны. При извлеченіи камня пузырь надорвался влѣво отъ верхняго конца на дюймъ. Cancer не удаленъ, вслѣдствіе значительнаго его распространенія	Оксалат 34,5. 4×3
65	Надеждинъ. 1883.	25 л. Съ дѣтства.	Крѣпкаго сложенія и довольно хорошаго здоровья. Въ послѣдній годъ недер-	Операція безъ наполненія пузыря. Кольпейрингеръ и катетръ, такъ какъ	При разрѣзѣ пузыря кровотеченіе, которое не удалось остановить оконча-	Calculi prostato vesicalis Два урат соедине

	чется отъ боли, раны безъ реакціи. 16/III поносъ; вечеромъ неполное сознаніе. 17/III смерть. Вскрытіе. (Черезъ удлиненную надлобковую рану). По обѣ стороны раны неглубокіе затеки, въ которыхъ лежатъ осколки камня. Мочевыхъ затековъ нѣтъ. Пузырь сильно сокращенъ; очень толстостѣнный; слизистая въ хорошемъ видѣ; подтеки у trig. Lieutodii, два небольшихъ дифтерит. струпа. Мочеточники немного расширены; обѣ почки уменьшены въ объемѣ (лѣвая на половину); представляютъ неровную поверхность снаружи. Пирамидальнаго слоя нѣтъ почти вовсе, вмѣсто него растянутыя лоханки; мѣстами онѣ доходятъ почти до капсулы почекъ. Въ остальномъ—ничего особеннаго.		
…жъ пузы- …а верхній … брюшной … два шва. …ептическій …мп…пъ.	Послѣ операціи вечер. 38,5; т-ра постепенно падаетъ и черезъ 2 недѣли—37,7. На 4 д. удаленъ тампонъ; катетръ à demeure. Выписанъ съ хорошей небольшой ранкой, черезъ которую еще выходитъ моча. Мочится съ болями, но значительно легче, чѣмъ до операціи. Примѣчаніе. Очевидно камень, говоритъ авторъ, найденный въ дивертикулѣ пузыря, не безпокоилъ сильно больнаго, пока могъ помѣщаться въ дивертикулѣ свободно. Какъ скоро дивертикулъ раково переродился (изслѣд. подъ микроскопомъ), полость его стала меньше; камень, при большомъ усиліи больнаго, освободился и далъ картину страданіи пузыря, описанную выше.	Выписанъ съ невполнѣ зарубцевавшейся раной.	
…жъ пузы- …тетръ de- Рана на- іодофор- и перевя-	Долго лихорадилъ; т-ра до 39. Катетръ закупоривался кровью и скоро удаленъ. Моча шла черезъ рану и дренажъ; больнаго клали то на одинъ, то на другой бокъ. Черезъ $2^1/_2$	Вызд. черезъ 75 д.	Медиц.Обозр. 1884 г. Письмо д-ра Надеждина отъ 5/IX 1888.

			жаніе мочи. Моча щелочная и мутная.	входъ въ пузырь былъ невозможенъ; закрытъ камнемъ въ простатѣ.	тельно. При извлеченіи камни распались; кора обломалась; такъ что извлечены по частямъ.	ные вм стѣ, п крыты общей рой фо фатов Меньш камень въ пу рѣ, бо шій—в проста ческо части уретр Оба вм стѣ съ рино яйцо
66	» 1886.	25 л. Съ дѣтства.	Довольно истощенъ. Моча щелочная; недержаніе ея.	Сперва сдѣлана срединная литотомія; не удалось ни вынуть камня, ни ввести литокляста. Тѣ-же условія для s. alta, что и въ предъидущемъ случаѣ.	Не смотря на большой разрѣзъ пузыря, камень не удалось вынуть; онъ великъ и ущемленъ въ шейкѣ пузыря. Удаленъ послѣ того, какъ камень раздробленъ черезъ рану на промежности маточными щипцами *Hegar'a* и американск. пулевыми.	Calcu prosta vesica Фосфа ядр урат
67	» 1888.	56 л. 20 л.	Сильно истощ. Моча аммiачная, вонючая, съ кровью. Не задолго до операціи было сильное пузырное кровотеченіе.	Наливаніе пузыря и кольпейринтеръ.	Камень такъ мягокъ, что разсыпался въ песокъ; удаленъ ложечкой и промываніемъ. Операція дополнена наружн. уретротоміей.	Каме съ ку ное я
68	Леви. Новгородск. земск. больница. 1885.	9 л.	Сильный катарръ пузыря. Подготовительное леченіе.			40, 1,8× ×

лициловой атой.	мѣсяца больной вышелъ съ небольшой гранулирующей поверхностью. После извѣстно, что больной здоровъ и правильно мочится. Обстановка довольно грязная; повязку нельзя назвать вполнѣ антисептической.		
ь пузырь рхней ра- нижнюю ценъ дре- продырав- й только узырной . Черезъ ю рану въ ь введена і цѣльная ная труб- бѣ раны ты іодо- мъ. Верх- выложена о. марлей рыта ги- п ватой. кеніе на зотѣ.	Первое время (около 2 нед.) послѣ операц. теченіе хорошо, т-ра не выше 38. Съ извлеченіемъ дренажей моча стала понемногу держаться въ пузырѣ и вѣроятно разлагаться. Ухудшеніе цистита и піэлонефрита. Т-ра до 40. Такъ тянулось болѣе мѣсяца. Черезъ 2 м. больной выбылъ изъ больницы съ зажившей верхней раной, съ фистулой на промежности (на мѣстѣ нижней раны), съ остатками цистита и, вѣроятно, піэлонефрита, съ небольшой т-рой. Дальнѣйшая судьба—неизвѣстна.	Вызд. черезъ 60 д.	
раны вы- іодофор- въ нихъ и до пу- верхняя ена іодо- марлей и а кускомъ оп. ваты.	Послѣ операціи безлихорадочное теченіе; черезъ 7 д. смерть отъ урэміи. Примѣчаніе. «Sectio alta, говоритъ авторъ, тутъ не причемъ; конечно, и всякая другая операція такъ-бы кончилась».	Умеръ черезъ 7 д.	
хъ пузы- ободный опущенъ гдѣ сбоку каго. На	Никакихъ осложненій; на 8 д. моча нормальна.	Вызд. черезъ 18 д.	Радзевичъ. Земская Медицина. 1885.

69	› 1885.		Моча мутна, много слизи, гноя, слабо-щелочная, съ противнымъ, пронзительнымъ запахомъ. Подготовительное леченіе.			44,6.
70	› 1885.	8 л.				Маленьк камен
71	Бѣльцовъ. Петербургъ. 1885.	3 л. 3 г.	Довольно хорошаго питанія. Моча мутна, щелочна; даетъ значит. осадокъ слизи и гноя. Бѣлка мало; т-ра нормальна.			Нару ные с фосфат ядро ураты голуб ное яй 28,0 3,5×
72	› 1886.	17 л. 17 л.	Плохо развитъ. Моча слегка мутна; нейтральной и щелочной реакціи, даетъ умѣренный осадокъ гноя и кристалловъ фосфатовъ. Бѣлокъ. Т-ра нормальна.			Тонк кора ф фатов ядро урат. 1 3,5×
73	› СПб. Маріинская больница. 1887.	12 л.				
74	Богаевскій. Кременчугск. земск. больн. 1886.	6 л. 2 г.	Питаніе удовлетворительно; мочеиспусканіе болѣзненно.	Пузырь налитъ 4°/o растворомъ борной кислоты.		Фосфа 12, 3×2,

брюшной и швы до ка. Пузырь вался бор- кислотой.	Первые 4 д. лихорадка, вѣроятно отъ обострившагося цистита. Безъ осложненій.	Вызд. черезъ 60 д.	
пузыря по *имову* кэт- ь. На рану ной стѣнки Катетръ енге. Ан- птич. по- язка.	На 3 д. швы разошлись; моча черезъ рану; въ дальнѣйшемъ выздоровѣлъ безъ осложненій.	Вызд.	
жъ пузы- ана брю- стѣнки не шита.	Первые 3 д. умѣренное повышеніе т-ры; на 5 д. повышеніе т-ры до 39. Рожистая краснота крайней плоти и мошонки; черезъ 4 д. прошла. Дренажъ удаленъ на 6 д. На 10 д., по просьбѣ отца, выписанъ съ незажившей раной, черезъ которую вытекала моча.	Выписанъ на 10 день съ незажившей раной.	Богдановскій. Стр. 415.
жъ пузы- брюшную ичего. Пу- ромывался ромъ су- емы.	12 д. послѣ операціи т-ра не ниже 38, затѣмъ нормальна. Заживленіе шло вяло, но безъ осложненій. Дренажъ удаленъ черезъ 6 д. Выбылъ здоровымъ съ правильнымъ мочеиспусканіемъ нормальной мочи.	Вызд. на 46 д.	
	Безъ осложненій, но заживленіе шло крайне вяло.	Вызд. черезъ 74 д.	
ніе краевъ пузыря съ ми раны ной стѣнки *берману*. жъ пузыря. ану брю- й стѣнки вые швы нажа. Ка- ъ съ си-	Первые 2 д. т-ра по вечерамъ 38,2, 38,6. На 6 д. дренажъ и катетръ удалены; на 15 д. моча по временамъ стала выдѣляться черезъ стволъ. Черезъ 18 д. полное выздоровленіе.	Вызд. черезъ 18 д.	Русск. Медиц. 1887 г.

75	» 1886.	8 л. 5 л.	Слабаго сложенія; затрудненн. мочеиспусканіе. Изрѣдка задержаніе мочи. Моча свѣтлая, слабокислая.			Уратъ. 14,9. 4×4
76	» 1886.	24 л. 8 л.	Умѣреннаго сложенія. Моча свѣтлая, слабокислая. Т-ра нормальная.			9,6. 3,×25
77	Путохинъ. Мосальск. уѣздн. земск больница. 1886.	4 л.	Моча катарральная.	Пузырь налитъ 90 куб. с. 1% раств. карбол. кислоты. Пузырь вскрытъ между крючками. До операціи пузырь промытъ 1/10% раств. сулемы.	Не удалось наложить шва на пузырь; не удалось ввести нелатонн. катетра à demeure, ради спазма сфинктера и промежности.	Фосфат ядро-м чекисл соли. 4,0. 2,4×2 1,1.
78	» 1886.	8 л. Болѣе 4 л.	Питаніе плохо. Шумъ въ яремныхъ венахъ; шумъ на 1-мъ тонѣ у верхушки. Сильныя страданія при попыткахъ мочиться. Позывы учащены; prolapsus recti et hernia umbelicalis. Моча очень мутна, щелочная; кристаллы щавел.-кислой извести. Лихорадитъ по вечерамъ до 40°. Подготовительн. леченіе; черезъ мѣсяцъ моча немного лучше, общее состояніе тоже. Промываній пузыря не выноситъ.	Пузырь налитъ 1% растворомъ карболоной кислоты. Пузырь разрѣзанъ между крючками		Щаве вик 17,8 3,5×2,7 1,5.

ымъ при- обленіемъ. язка изъ овой марли шекъ суле- ъ опилокъ.	На 5 д. экзема живота; на 22 д. выписанъ совершенно здоровымъ. Безъ осложненій. Примѣчаніе. Въ этомъ случаѣ сифонное приспособленіе и къ дренажу.	Вызд. черезъ 21 д.	
ке уходъ за премъ *по ману*, но того нало- 3 шва на узырь.	Вечеромъ послѣ операціи—38; кашель. На 4 д. повязка немного промокла мочей; пузырь промытъ раствор. салицилл. кислоты. На 8 д. повязка и швы сняты; пузырь промытъ; на рану—губки. Заживленіе брюшной раны—per primam; черезъ 20 д. мочится нормально. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.	Вызд. черезъ 29 д	
ренажа, ни На рану рессы изъ ора суле- верхъ ихъ ъ обеззара- ой ваты, ыпанной алиномъ. а повязки ое время	На 2 д. послѣ операціи т-ра 38.6; на 4 д. нормальна. Катетра ввести не удалось; въ виду хорошаго теченія больнаго попытокъ къ введенію катетра не дѣлалось; моча улучшается. На 17 д. моча исключительно нормальнымъ путемъ. Рана зарубцевалась безъ всякихъ осложненій.	Вызд. черезъ 35 д.	Медиц. Обозр. 1886.
е 1/4 часа. женіе на съ согну- въ колѣ- и приве- ми къ жи- ногами.	Съ 4 по 11 д. т-ра по вечерамъ повышалась до 38,38,7, затѣмъ нормальна. На 18 д. моча идетъ исключительно черезъ уретру; моча черезъ 2 недѣли, при назначеніи ex stigmati m., сдѣлалась совершенно чиста, кислой реакціи. Черезъ 2 недѣли небольшіе пролежни; также леченіе противъ глистъ. Выписанъ въ хорошемъ общемъ состояніи и безъ какихъ-либо аномалій въ мочевой сферѣ. Примѣчаніе. Кромѣ сказаннаго ухода, вставленъ еще дренажъ пузыря. Промыванія пузыря 3 раза черезъ дренажъ раств. сулемы ($^{1}/_{10}$%).	Вызд. па 37 д.	Медиц. Обозр. 1887.

79	» 1887.	7 л. 4 г.	Среднее питаніе. Моча мутновата, нейтральной реакціи.	Пузырь налитъ 100 к. с. 1% раствора карболовой кислоты. Въ кольпейринтеръ 300 к. с.		Уратъ 34,25. 5,3×3,8× 2,6.
80	Проф. Кузьминъ. Москва.	8 л.	Моча слабо-кислая.	Пузырь налитъ 2% растворомъ борной кислоты. Кольпейринтеръ.		Фосфаты ядро-ураты. 3×2,5.
81	»	6 л.	Тоже.			Calculus prostato-vesicalis. 2×1,5.
82	»	9 л.	Моча слабо-кислая. Промежность рубцовато стянута послѣ разрыва рогами быка.			Два камн[illegible] пузыря. 2×1,5. 1,5×1.
83	Русановъ. Новохоперск. земск. больница. 1881.	73 л. 3 г.	Моча щелочная; большой осадокъ; амміачна.	Пузырь налитъ 100 к. с. раств. 1% борной кислоты. Разрѣзъ пузыря между 2 острыми крючками.		Семь фо[illegible] фатовъ Правил[illegible] ные те[illegible] траэды, кромѣ двухъ, нѣсколь[illegible] округле[illegible] ныхъ. 108,6. Наибол[illegible] шій—1[illegible] наимень[illegible] шій— 12,5.
84	» 1886.	3 л. 1½ г.	Здоровый мальчикъ. Моча кислая, нормальная.	Тоже.	Вмѣстѣ съ быстро хлынувшей жидкостью выскочилъ и камень. Пузырь соскочилъ съ	Оксалят[illegible] овальны[illegible] 1,0. 1×0,75

къ пузыря. ну кусокъ вой марли и. Положе- ке. Повяз мѣнялась . Промы- пузыря.	Безъ осложненій и лихорадки. Дренажъ удаленъ на 5 д., полное выздоровленіе.	Вызд. на 23 д.	Прот. Общ—ва Калужск. Врач. 17/x 1887. Письмо д-ра Путохина отъ 16/xII 1888.
къ пузыря. ну брюш- ѣнки швовъ ренажа. еп. повязка	Безъ осложненій. Дренажъ извлеченъ на 12 д., когда моча шла вся черезъ уретру.	Вызд. черезъ 21 д.	Письмо профес. Кузьмина отъ 11/VIII 1888.
же уходъ.	Такой же послѣоперaціонный періодъ.	Вызд. черезъ 24 д.	
же уходъ.	Безъ осложненій. **Примѣчаніе.** У оперированнаго уретра разорвана; центральный конецъ съуженъ до отверстія въ булавочную головку, при чемъ рубцовое съуженіе тянулось на 2 сант. по длинѣ уретры къ пузырю. Периферическій конецъ зарощенъ вполнѣ. Черезъ 2 нед. послѣ высокаго сѣченія съ успѣхомъ изъ боковыхъ лоскутковъ кожи образована уретра въ 3 сант. Когда каналъ былъ возстановленъ вполнѣ и моча шла безъ катетра, чрезъ 3 нед. зажила рана и надъ лобкомъ.	Вызд. черезъ 38 д.	
ырь безъ і дренажа. ну брюш- стѣнки ый швовъ. лов. пере- . на весь ь. Промы- узыря 2°/o . карбол. слоты.	Послѣ операціи первыя порціи мочи съ кровью. Смерть черезъ 40 ч. **Вскрытія не было.**	Умеръ черезъ 40 ч.	Врачъ. 1888. Письмо д-ра Русанова отъ 13/VIII 1888.
же уходъ, язка кар- .я съ іодо- рмомъ.	Первые 3 д. лихорадилъ до 39,5 по вечерамъ, затѣмъ безъ лихорадки. На 3 д. при перевязкѣ, въ нижнемъ углу брюшной раны, найденъ камень. Очевидно, вмѣстѣ съ хлынувшей послѣ разрѣза пузыря струей жидкости выскочилъ и камень; онъ помѣстился надъ	Вызд. на 33 день.	

					крючковъ, опустился вглубь; сдѣланный разрѣзъ не найденъ; вторичный разрѣзъ пузыря. Камень не найденъ.	
85	» 1887.	3 л. 1 г.	Нормальн. моча.	Тоже. Пузырь взятъ на лигатуры.		Оксалятъ 3,68. 2×2.
86	» 1888.	4 л. 1/2 г.	Малокровенъ, золотушенъ. Моча мутна; изрѣдка песокъ; фосф.-кислыя соли.	Тоже.		Оксалятъ съ небол шими о росткам 0,45. 1×0,75.
87	Рейеръ. СПб. Маріинская больн. 1883.	25 л. 12 л.		Пузырь налитъ 1% раств. борной кислоты. Кольпейринтеръ; пузырь взятъ на лигатуру.		
88	» 1885.	18 л. Съ дѣтства.		Тоже; кромѣ того въ пузырь 10 капель 10% раств. кокаина.		
89	» 1885.	22 л. Съ дѣтства.				Два бол шихъ нѣсколь малень кихъ ка ней. В уретр 2 камн Камни пузыря удален одинъ в 1 1/2 с.

	опустившимся вглубь пузыремъ, въ предпузырномъ пространствѣ. Нагноенія не было. Моча нормальна съ 12 д. Выздоровѣлъ вполнѣ, безъ осложненій.		
Тоже.	Первые 2 д. по вечерамъ лихорадитъ до 38,5. Затѣмъ все нормально. Моча нормально на 11 д. Выздоровѣлъ вполнѣ безъ осложненій.	Вызд. черезъ 26 д.	
ажъ пузы- На рану ной стѣнки до дрена- Гаже повяз- Промыванія ыря ежедн. /о раств. й кислоты.	На 3 д. лихорадка, продолжавшаяся приступами до 15 д. (38,39); боль въ глубинѣ таза, тотчасъ же влѣво отъ брюшной раны. На 5 д. здѣсь прощупывается затвердѣніе. Этотъ инфильтратъ держался 20 д. Выписанъ въ хорошемъ общемъ состояніи, хотя изрѣдка чувствуетъ боль на мѣстѣ бывшаго инфильтрата; боли эти при мочеиспусканіи. **Примѣчаніе.** По словамъ матери, черезъ 3 м. вполнѣ здоровъ.	Вызд. на 26 день.	
ажъ пузыря. шная рана пита. Ка- à demeure септич. по- вязка.	Въ день операціи т-ра 38,4; затѣмъ нормальна. Черезъ 4 д. удаляется катетръ на 3 часа, послѣ чего вводится вновь. Черезъ 17 д. почти вся моча черезъ стволъ. Черезъ $1^1/_2$ м. явленія легкаго піэлита въ теченіи 19 д.	Вызд. на 66 день.	Соколовъ. Хирург. Вѣст. 1886.
ажъ черезъ гру выве- въ рану лобкомъ; нѣ того въ стекляный жъ. Тампо- раны. По- ніе на жи- . Антисеп. повязка.	Въ день операціи 38,2, затѣмъ нормальная т-ра. Катетръ à demeure вмѣсто дренажа. Моча черезъ 29 д. нормально. Выздоровѣлъ вполнѣ, безъ осложненій.	Вызд. черезъ 43 д.	
ика пузыря въ брюш- рану; дре- . Антисеп. зка. Поло- на животѣ.	Два дня т-ра до 38,5. Черезъ 12 д. удаленъ дренажъ; черезъ 19 д. проталкивается катетромъ камень изъ уретры въ пузырь и извлекается черезъ брюшную рану. Cystitis; края раны инкрустируются. Черезъ мѣсяцъ cystitis проходитъ; черезъ 2 м. моча идетъ нормально. Тонкій свищъ на мѣстѣ брюшной раны закрывается вполнѣ черезъ мѣсяцъ.	Вызд. черезъ 80 д.	

						друго разломился
90	» 1885.	9 л. ½ г.				Камень голубин. яйцо.
91	Проф. Коломнинъ. С.-Пб. 1884.	3 л. 7 м.	Хорошо упитанъ. При мочеиспусканіи сильныя боли; мочится по каплямъ и больш. частью подъ себя. Моча мутна, средней реакціи; хлопья слизи и гноя, а также кровь. Слѣды бѣлка. Т-ра нѣсколько разъ до 38,6; nat. benzoic. и ванны.	Пузырь налитъ около 80 к. с. теплаго раствора $^{1}/_{3}$% салиц. кислоты. Взятъ на лигатуры (двѣ).		Фосфат. съ пр. слойко мочекис. соле. 82,0.
92	» 1885.	5 л. 3 г.	Питаніе хорошо. Сильныя страданія при мочеиспусканіи. За послѣднее время моча выдѣляется по каплямъ, почти постоянно. Моча нейтральной реакціи, мутная. Въ осадкѣ бѣлые кров. шарики и кристал. фосф.-кислой аммiакъ магнезіи. Примѣсь бѣлка. Prolapsus recti.			17,0
93	» 1885.	Дѣвочка 10 л. 8 л.	Питаніе довольно удовлетворит. При мочеиспусканіи сперва страшныя мученія, а затѣмъ —	Пузырь не удалось налить достаточно		

зырь узло- швы изъ та; швы дены; пу- опущенъ. брюшной ки сшита. тръ à de- . Антисепт. вязка.	Два дня лихорадка до 40. Черезъ 2 д. моча просочилась въ повязку; рана расшита; швы удалены; дренажъ. На 22 д. моча нормально. На мѣстѣ брюшной раны тонкiй свищъ, который держится $^1/_2$ года. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Выздр. черезъ 200 д.	
ренажа въ ь. На рану ной стѣнки ва. Антис. вязка.	Послѣ операцiи 7 д т-ра повышена; самое большое повышенiе до 38,8. Моча вытекаетъ изъ раны помимо дренажей, которые закупорились сгустками крови. Пузырь промытъ $^1/_3$% раств. салиц. кислоты. Края раны слегка покраснѣли и опухли. На 4 д. рана гранулируетъ хорошо; сшитая часть зажила per primam. Моча рѣзко щелочной реакцiи, содержитъ много гноя. Дренажи удалены и замѣнены болѣе тонкими. На 10 день моча идетъ нормально. Выписанъ съ явленiями умѣреннаго катарра пузыря.	Вызд. черезъ 25 д.	Скорбные листы клиники баронета Виллiе.
же уходъ.	Вечеромъ послѣ операцiи 38,5; моча вытекаетъ изъ раны помимо дренажей. На другой день рвота, жажда; т-ра 39,6. Въ 6 ч. вечера эпилептовидный припадокъ, продолжавшiйся 2 минуты, за нимъ коматозное состоянiе; въ $8^1/_2$ ч. вечера другой приступъ, болѣе продолжительный, затѣмъ снова коматозное состоянiе; въ 10 ч. третiй приступъ; знобъ, постепенная слабость и смерть. **Вскрытiе.** Почки увеличены въ размѣрахъ; при разрѣзѣ оказались пронизанными кистовидными полостями, преимущественно въ Мальпигiевомъ слоѣ, но есть и въ корковомъ. Лоханки и оба мочеточника сильно расширены. Мочевой пузырь спался; стѣнки его гипертрофированы ($1^1/_2$ c.); оболочка его—блѣдна. Околопузырная клѣтчатка пропитана экстравазатами. Всѣ остальные органы—нормальны.	Умеръ черезъ сутки	
къ пузыря; кный ко- его отве- въ сосудъ карбслов. р. Катетръ	Вечеромъ послѣ операцiи 38,5, на другой д. 38,7, на 3 д. — нормальна. Моча выдѣляется свободно черезъ рану, дренажъ и катетръ. На 3 д. сняты швы; prima до дренажа; на 4 д. небольшая инкрустацiя вокругъ ранки. Черезъ недѣлю въ ранѣ небольшой кусокъ не-	Вызд. черезъ 42 д.	

			недержаніе. Моча мутная, щелочн. реакціи, вонючая; хлопья слизи, гной. Бѣлокъ; prolapsus recti. До операціи nat. benzoic., ванны·			
94	» 1885.	2 г. и 3 м. 1 г.	Порядочнаго питанія, легкая степень рахитизма. Моч. мутна; гной, почечные цилиндры, бѣлокъ; кристал. цистина, мочевой кислоты, фосф. кислой магнезіи. Реакція кислая; по вечерамъ т-ра до 38,3.			Мочева кислота цистин 3×2
95	Розенбаумъ. Городская больница.			Пузырь наливался. Помощью 2-хъ пальцевъ, введенныхъ въ rectum, пузырь подымалсявверхъ		
96	Тифлисъ. 1884.					
97						
98						
99	Ивановъ. Алатырская земск. больн.	5 л. 3 л.		Пузырь наливался 180—240 к. с. 3% раств. борнаго.		Урат 4,0.
100	»	4 л. 2 г.	Катарръ мочев. пузыря.	Разрѣзъ брюшной стѣнки въ 4,5 с. Околопузырн. клѣтчатка отодвигалась рукояткой ножа. Пузырь вскрывался между 2 лигат. или остр. крючками. Тщательное промываніе пузыря.		Оксалят 3,0.
101	»	7 л. 2 г.				Урат 12,0
102	»	24 л. 12 л.				Урат 30,0.

aeure съ ымъ при- бленіемъ. ну брюш- ювъ: глу- й—кэтгу- поверхно- ий—шел- На рану рм. марля инф. губка	кротизированной околопузырной клѣтчатки, который удаленъ. Моча улучшается; идетъ по прежнему. Скоро черезъ катетръ ни капли, почему онъ удаленъ. Съ 9 д. двѣ недѣли высокая т-ра съ большими колебаніями; рана отлично гранулируетъ. На 25 д. моча идетъ отчасти нормально. На 28 д. снова повышеніе т-ры, отекъ лица; въ мочѣ примѣсь гноя. Свищевое отверстіе на мѣстѣ брюшной раны то закрывалось, то открывалось. Явленія pyelo nephritidis. Черезъ 42 д. выписана съ вполнѣ зарубцевавшейся ранкой, но явленія pyelo-nephr. продолжаются, хотя въ слабой степени.		
ренажа пу- . На ра- брюшной этажный ; повязка таже.	Послѣ операціи вечер. 39,1. На другой д. 39,9; поносъ. Моча плохо идетъ чрезъ дренажи, но свободно черезъ рану. На 4 д. дренажи вынуты, вставленъ одинъ болѣе толстый. Значительная инкрустація краевъ раны; нижній шовъ расшитъ, вечер. 9,2. Съ 5 д. т-ра постепенно падаетъ до нормы; рана гранулируетъ хорошо. На 19 д. моча исключительно черезъ стволъ. Выписанъ съ вполнѣ зажившей раной, съ кислой, свѣтлой мочей; въ осадкѣ кристаллы мочевой кислоты и цистина.	Вызд. через 28 д.	
нада раны рмирован- марлей.		Вывд	Медиц. Сборн. Кавк. Медиц. Общ. № 40, 1886.
еп. повяз- нялась че- 3, 4 часа.		Вызд.	
	Peritonitis acuta.	Умеръ	
	Nephritis sup. dextra; pyelitis.	Умеръ	
жъ пузы- ишитъ къ брюшной . На эту въ нижней 2, 3 шва. рмъ, іодо- марля, кар- вата, ги- вата, па- овая бума- улемовыя ки. Поло- на животѣ боку. Пер- 3, 4 д. по- мѣнялась за въ д., а ъ—на ночь.	Безъ лихорадки; моча нормально на 8 д Рана брюшной стѣнки—per primam.	Вызд. черезъ 18 д.	Медиц. Обозр. 1887.
	Умѣренная лихорадка все время Моча нормально на 10 д. Заживленіе брюшной раны путемъ грануляцій; звѣздчатый рубецъ.	Вызд. черезъ 30 д.	
	Безъ лихорадки; моча нормально на 7 д Рана брюшной стѣнки—per primam.	Вызд. черезъ 16 д.	
	Въ день операціи и на второй т-ра повысилась; затѣмъ безъ лихорадки. Моча нормально на 7 д. Рана брюшной стѣнки — per primam.	Вызд. черезъ 23 д.	

103	Мультановскій. Кронштадтъ. 1875.	33 л. 28 л.	Сильное исхуданіе. Страшныя боли при мочеиспуск. Мочится тонкой струйкой, по каплямъ; сильныя боли въ промежнос. надъ лобкомъ. Моча вонючая, мутная, похожа на гной; иногда кровь. При ощупываніи болей въ области почекъ нѣтъ.	Провести катетръ въ пузырь не было возможности; дойти до пузыря удалось по задней стѣнкѣ лоннаго сращенія. Наружная рана въ 7,8 с. Разрѣзъ пузыря прямо отъ руки: отъ шейки до его верхушки; длина разрѣза 9 с.	Брюшинную складку пришлось удерживать помощнику. Оказалось, что удалить камень черезъ разрѣзъ пузыря—невозможно; сдѣланъ еще поперечный съ одного края до другаго. Полость пузыря—почти сплошная язва; отвратительный запахъ.	Фосфор... кислая в... весть... 545,0 9,7×8,... ×6,7... Окружн... камня ... 26,3 ... 23.0.
104	» С.-Пб. 1885.	Дѣвочка 6 л. 4 г.	Умѣреннаго тѣлосложенія. Мочеиспусканіе болѣзненно, затруднено, учащено. Моча мутна, щелочная, значительный осадокъ; слѣды бѣлка. Осадокъ изъ гноя и пузырнаго эпителія. До операціи т-ра два раза до 39,5.	Пузырь выпяченъ катетромъ въ рану брюшную. Складка брюшины на 3 с. надъ лобкомъ.		Фосфат... оксалят... ядро ур... ты. 14 ... 3,5×2...
105	» 1882.	Женщина. 27 л. 6 м.	Хорошаго здоровія. Моча мутна, щелочна; большой осадокъ гноя, пузырнаго эпителія, кристал. фосфат. Т-ра нормальна.	Пузырь налитъ.		Фосфат... ядро у... ты. 10,... 3×2. ... Раньш... вышло... камня
106	» Пятигорскъ. 1887.	20 л.	Питаніе хорошее. Моча кислая; легкая муть.	Пузырь налитъ. Разрѣзъ пузыря, руководясь клювомъ катетра.		19,5. ... 3,5×... ×1,7...

йной дре- пузыря. На ній уголъ иной раны ич. шовъ, й же там- ванъ (во ⁰дренажей) олиз. мар- Іовязка изъ ессовъ той арли, кар- губка и ка. Поло- на боку. ванія пу- черезъ 3 ⁰/о раств. ол. кисл. а повязки тотъ же внутрь 4 ь сутки по рани fl. nzoes.	На 3 д. т-ра 39. Въ ранѣ сильная реакція: губы кожной раны покраснѣли; швы врѣзались; въ глубинѣ раны мѣстами появились грануляціи. Гноя въ ранѣ мало; мочевыхъ отложеній нигдѣ не замѣчается. Животъ вздутъ, но не болитъ. Повязка. На 8 д. швы настолько врѣзались, что ихъ пришлось снять; рана разошлась до верх. угла; видна брюшина, покрытая хорош. грануляціями; грануляціи по всей ранѣ; гноя много, хорошій. На 20 д. почти вся рана надъ брюшиной зарубцевалась. На 28 д. удаленъ дренажъ; вставленъ катетръ à demeure. На 33 день удаленъ катетръ, такъ какъ сильно раздражаетъ; на 35 день вся моча идетъ черезъ уретру. Въ послѣоперац. періодѣ т-ра по большей части была нормальна, первые только дни доходила (4 раза) до 40, затѣмъ недѣлю была около 39. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд.	Врачъ. 1888.
ной дре- пузыря. брюшной нки не шита.	Безъ осложненій. Дренажъ удаленъ на 7 д.; моча идетъ нормально на 16 д. Выбыла съ правильнымъ мочеиспусканіемъ и нормальной мочей.	Вызд. на 35 день.	Богдановскій. Стр. 499.
ырь узло- шелковый ь. Рана ой стѣнки шита. Ка- à demeure лов. ком- ; повязка.	Первые дни т-ра до 40. Четыре дня повязка суха; на 5 д. катетръ выскочилъ, моча въ рану. На 8 д. т-ра пала до нормы. Заживленіе безъ осложненій; моча нормально на 20 д. Выбыла вполнѣ здоровой съ нормальной мочей.	Вызд. на 33 д.	
ива и дре- ı. Рана шная не На рану вые ком-	На 15 д. черезъ брюшную рану начали отходить куски омертвѣлой околопузырной клѣтчатки. Нагноенія не было; грануляціи хороши. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 83 д.	Личное сообщеніе.

107	» С.-Пб. 1888.	5 л. Нѣскольк. л.	Сильно анэмиченъ и плохо упитанъ. Сильныя боли при мочеиспусканіи; недержаніе. Моча слабо-кислая; по временамъ нейтральная; значит. осадокъ изъ гноя, слизи, пузырнаго эпителія; кристаллы солей. Бѣлка нѣтъ. Лихорадитъ.		Довольно трудное извлеченіе камня.	Calcul prostat vesical Фосфат ядро у ты 50, Длинн 4.
108	Тилингъ. С.-Пб. 1881.	7 л. 3 г.		Пузырь налитъ.		8,0
109	» 1881.	22 л. Съ 3 л.	Истощенъ; сильный катарръ пузыря. Моча щелочная, вонючая. 5 недѣль предварительное леченіе исправило нѣсколько мочу.	Пузырь налитъ недостаточно, такъ какъ не удерживалъ жидкости. Неудача съ кольпейринтеромъ, изъ котораго вытекла большая часть воды. Плохой наркозъ.	Приподнятіе складки брюшины пальцемъ.	Камен мягой 45,8 Раньш нѣскол разъ ходи камн
110	» 1884.	38 л. Съ дѣтства.	Сильно истощенъ. Мочится ежеминутно съ сильными болями. Моча съ съ большимъ осадкомъ; нейтральна.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.		Два ка оба=7 Длин 1-го– 2-го–
111	» 1884.	30 л. Съ дѣтства.	Силы хороши. Моча слабокислая, мутна.	Тоже.		Мягк камен 44.8

ы, часто нялись.			
жъ пузы- на брюш- стѣнки не . Повязка асто смѣ- й сулемо- рли и ва- Положеніе животѣ.	Черезъ нѣсколько дней послѣ операціи т-ра 38,39. Никакихъ мѣстныхъ явленій въ ранѣ или по сосѣдству, могущихъ объяснить лихорадку (почки?) Промываніе пузыря ac. borico—безъ результата. Быстрое паденіе т-ры къ нормѣ послѣ теплыхъ ваннъ. Тоже самое повторилось еще разъ. Выздоровѣлъ вполнѣ; моча нормальна.	Вызд. через 45 д.	Письмо ординатора д-ра Салтыкова отъ 26/XII 1888.
узырь 5 иковыхъ . На рану ной стѣнки до дренажа. катетра meure. Ли- вская по- вязка.	Безъ лихорадки. Заживленіе пузырной раны per primam. Повязка не промокала ни разу.	Вызд. черезъ 18 д.	St. Peters. med. Wochens. 1885.
узырь 10 тыхъ шел- съ швовъ. ну брюш- ѣнки швы нажа. Ка- à demeure. еровская вязка.	На 6 д. моча пошла въ повязку. Всѣ швы брюшной раны разошлись; заживленіе путемъ грануляцій. Образовался тонкій свищъ; онъ закрылся вполнѣ черезъ 71 день. **Примѣчаніе.** Черезъ 2 г. рубецъ надъ лономъ растянулся настолько, что пузырь выпячивается въ видѣ грыжи, величиною въ маленькое яблоко; не причиняетъ никакихъ разстройствъ.	Вызд. черезъ 71 д.	
узырь 13 ватыхъ ь; затѣмъ что и въ ыдущемъ лучаѣ.	Безъ осложненій. На 7 д. швы разошлись; повязка промокла. Въ послѣоперац. періодѣ одно время сильныя боли въ правой почечной области; такія боли были и дома. Выписанъ съ тонкимъ свищемъ.	Вызд. черезъ 68 д.	
ырь шовъ *на* шел- Въ осталь- тоже, что аньше.	Никакихъ осложненій. Дренажъ удаленъ на 7 д.; на 8 д. удаленъ катетръ. Пузырная рана зажила per primam. Черезъ 14 д. удалены швы брюшной раны. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 20 д.	

112	» 1885.	49 л. 2 г.	Истощенъ. Боли и затрудненіе при мочеиспусканіи. Моча мутна, щелочна, амміачна; большой осадокъ, иногда кровь. Предварительн. леченіе катарра пузыря промываніями и natr. salicyl. внутрь.	Тоже. (по *Fehleisen'y*).		15,5.
113	Евсѣенко. Черниговск. Ново-Зыбковская земск. больн.	17 л. Съ дѣтства.	Крѣпкій, здоровый. Моча мутна. Отъ употребленія magn. borocitricae стала свѣтлѣе.	Пузырь налитъ теплымъ растворомъ magn. borocitricae.	Значительное кровотеченіе.	Фосфаты ядро ураты яйцевидн 41,0. 5×4×3
114	»	14 л. Съ дѣтства.	Истощенъ; моча мутна, щелочна.		Извлеченіе камня трудное, вслѣдствіе сокращенія брюш. стѣнокъ.	Фосфаты ядро ураты 19,0. 5×2,5
115	»	6 л. 3 г.	Крѣпкаго сложенія. Моча мутна. Отъ mag. borocitricae скоро исправилась.			Уратъ, продолг ватый. 3,0. 4×1,7 ×1.
116	»	15 л. Давно.	Крѣпкаго сложенія. Моча свѣтла; частые позывы на мочеиспусканіе.			Щавеле круглы сплюсну 9,5 3×2,5 1,5.
117	»	38 л. Съ дѣтства.	Хорошаго сложенія. Моча мутная, гнойная, вонючая. Сильныя боли при мочеиспусканіи. Лихорадитъ.			
118	Проф. Бобровъ. Басманная больн. Москва. 1886.	40 л. 3, 4 г.	Истощенъ. Моча свѣтла, слабокислая; небольшой осадокъ слизи. Бѣлка нѣтъ. Иногда отекъ лица; постоянно отекъ	Пузырь налитъ немного; не растягивается. Кольпейринтеръ.	Складка брюшины видна; она на уровнѣ symphysis; растянута потому, что въ полости брюшины много серозной жид-	Фосфаты ядро ураты 283,6. 9×7×5

ъ же швовъ кодъ. До и ѣ операціи ыванія 3% тв. борной іслоты.	Безъ лихорадки. На 1,2 д. довольно значительное кровотеченіе черезъ катетръ. Такъ какъ повязка сверху запачкалась, то смѣна ея. Все хорошо; на 8 д. дренажъ и швы брюшной стѣнки удалены. Черезъ 10 д. всталъ съ постели. Моча послѣ операціи постепенно улучшалась; черезъ 10 д. совершенно чиста. Выписанъ съ хорошей мочей и правильнымъ мочеиспусканіемъ.	Выzд. черезъ 21 д.	St. Peters. med. Wochens. 1886.
ажъ пузыря. ану брюш- стѣнки швы ренажа. На марля въ лоя; затѣмъ й слой ва- оторая по- ась нафта- мъ; послѣ снова тон- лой ваты и вый бинтъ.	Лихорадочное состояніе до 6 д. Выздоровѣлъ вполнѣ; послѣ операціи моча свѣтлая.	Выzд. на 36 д.	Письмо д-ра Евсѣенко отъ 1/IX 1888.
	Легкое лихорадочное состояніе. Продолжительный катарръ пузыря. Вышелъ изъ больницы съ мутной мочей.	Выzд. на 58 д.	
	Почти безъ лихорадки; безъ осложненій.	Выzд. на 33 д.	
Тоже.	Сильный катарръ мочеваго пузыря. Сѣрый налетъ на ранѣ. Лихорадка, поносъ. Смерть отъ истощенія. **Вскрытія** не было (старообрядецъ).	Умеръ на 16 д.	
Тоже.	Постепенно развивалось воспаленіе брюшины. **Вскрытіе** (было), но неизвѣстно; вскрывалъ другой врачъ.	Умеръ на 4 д.	
чный швовъ ря кэтгу- . На рану ной стѣн- ы до дре- Около дре- а полоска рм. марли	Черезъ 5 д. дренажъ и швы брюшной стѣнки удалены. Черезъ 2 м. все зажило. Отеки исчезли. **Примѣчаніе.** При кашлѣ можно замѣтить незнач. выпячиваніе въ верхнемъ отдѣлѣ рубца. Начинаетъ образовываться грыжа.	Выzд. черезъ 60 д.	Письмо проф. Боброва отъ 1/IX 1888.

			обѣихъ ногъ; значительный ascites.		кости. Не смотря на большой разрѣзъ пузыря, камень извлеченъ не легко.	
119	› Сѣвск. земск. больница. 1887.	4 л. Больше 1 г.	Средняго сложенія. Моча слабо-щелочная; небольшой слизисто-гнойный осадокъ.	Пузырь налитъ 2% растворомъ борной кислоты.		Фосфат 10,0. Разло милcя п извлече нія.
120	› 1887.	12 л. 5 л.	Сложенія и питанія хорошаго. Моча чиста, слабо-кислая.			Ураты, центрѣ щавел викъ. 28,0. 3,5×3 ×2.
121	» 1887.	11 л. 3—4 г.	Средняго сложенія. Моча слабо-кислая; небольшой слизистый осадокъ.			Фосфать ядро щ велевик кругл Діам. 2
122	› 1888.	47 л.	Общее состояніе хорошо. Частые позывы на мочу и невозможность удержать мочу. По ночамъ недержаніе. Моча щелочная, вонючая; огромное количество гноя. Кромѣ камня при входѣ въ пузырь прощупывается камень въ толщѣ промежности подъ рубцомъ литотомической раны.	Пузырь налитъ лишь немного (не удалось больше).	Трудное удаленіе камней: дробленіе одного камня.	Три камн Вѣсъ 56,0. Фосфат 1—2 2—1×1 3—5 ×3.
123	Герасимовичъ Кременчугск. больница. 1880.	5 л. 1 г.	Питанія удовлетворительнаго. Моча кислой реакціи; осадокъ слизисто-гнойный. Поносъ.	Пузырь не наполненъ; безъ кольпейринтера.		Урать 6,0.

зыря. Іо- м. повязка.			
жъ пузы На рану ой стѣнки дренажа. очная по- Положеніе ивотѣ въ е 2,4 дня	На 7 д дренажъ и швы брюшной стѣнки удалены; на 13 д. рана закрылась вполнѣ.	Вызд. черезъ 13 д	
	На 7 д. удалены дренажъ и швы брюшной стѣнки; на 15 д. рана закрылась вполнѣ.	Вызд. черезъ 15 д.	
Тоже.	Безъ осложненій: на 20 д. рана закрылась вполнѣ.	Вызд. на 20 д.	
дренажъ я черезъ а промеж- На рану ой стѣнки колько ъ. Іодо- повязка.	Т-ра первые 5 д. 38—38,5, затѣмъ нормальна. Дренажъ удаленъ на 7 д. Рана надлобковая закрылась на 35 д.; выписался черезъ 75 д. съ небольшимъ свищевымъ отверстіемъ въ промежности, черезъ которое иногда показывается моча; иногда по два дня ее совсѣмъ нѣтъ. **Примѣчаніе.** По извлеченіи камня въ нижнемъ отдѣлѣ полости пузыря находится отверстіе, черезъ которое палецъ упирается на камень; извлечь его черезъ это отверстіе нельзя, а потому рубецъ на промежности разрѣзанъ и камень извлеченъ. По извлеченіи этого камня, прощупанъ третій, выдающійся въ уретру. Онъ крѣпокъ и плотно укрѣпленъ въ пузырѣ. Послѣ многихъ усилій черезъ брюшную рану введенъ литокластъ, которымъ раздроблена верхушка камня. Только теперь удалось сдвинуть его съ мѣста и извлечь.	Вызд. черезъ 75 д.	
ъ пузыря. у брюш- нки швовъ нажа. На рболовые рессы.	Первое мочеиспусканіе per urethram черезъ 4 д. Моча щелочная; большой осадокъ. Сначала безлихорадочное теченіе; съ 12 д. т-ра 6 д. повышена (pyelitis). Поносъ. Моча исключительно черезъ уретру 11 д. Выписанъ вполнѣ здоровымъ; моча чиста.	Вызд. на 43 д.	Письмо д-ра Герасимовича отъ 14/IX 1888.

124	» 1880.	8 л. 5 л.	Питаніе сносно. Моча кислая; много слизи, гноя.			Ура 40
125	» Полтавская больница. 1883.	5 л. Около 1 г.	Питанія хорошаго. Моча свѣтлая, кислая.	Пузырь налитъ $2^0/_0$ растворомъ борной кислоты, Spray.		Урат кашт
126	» 1885.	24 л. Съ дѣтства.	Питаніе подорвано. Безсонныя ночи отъ сильныхъ болей въ пузырѣ. Моча кислая съ осадкомъ.			Ура 124 6×5 4,
127	» 1887.	3 л. $1^1/_2$ г.	Питаніе удовлетворительно. Моча свѣтлая, кислая. Поносъ.			Ура 1,8× 1,
128	» 1888.	23 л. 2 г.	Истощенъ. Моча слабо-щелочная; осадокъ изъ гноя, кровяныхъ красныхъ тѣлецъ и эпителія пузыря.			Урат насл кою фат 64 5,5× 3,
129 130 131 132 133	Головачевъ. Москва.	Отъ 2-хъ до 12 л.	Во всѣхъ случаяхъ общее состояніе хорошо. Моча хорошая.	Пузырь во всѣхъ случаяхъ наливался раствор. тимола 1:1000 до появленія ясной припухлости надъ лобкомъ. Катетръ оставался въ пузырѣ.	Въ одномъ случаѣ пузырь соскочилъ съ пинцета, такъ что сдѣланный разрѣзъ пузыря не найденъ. Сдѣланъ новый. Въ одномъ слу-	Кам неболь во вс случа

Тоже.	Первое мочеиспусканіе per urethram черезъ 6 д. Моча съ значит. осадкомъ уратовъ Т-ра до 8 д. по вечерамъ повышена. Бронхитъ. Моча исключительно черезъ уретру пошла 15 д., но черезъ мѣсяцъ снова показалась надъ лобкомъ. Окончательно выздоровѣлъ на 52 д.	Выизд. черезъ 52 д.	
пузырь швовъ *Максимову* кэтгута. На ну брюшной ѣнки шелко- й швовъ до енажа. Ка- ръ à demeure. стеровская повязка.	Первые сутки прошли хорошо. На 2 д. при перевязкѣ рана вполнѣ асептична. Въ 5 д. бурныя явленія воспаленія брюшины; къ вечеру смерть. **Вскрытіе.** Поврежденія брюшины не оказалось. Общій peritonitis. Рана пузыря хорошо склеилась.	Умеръ на 2 д.	
ъ же швовъ. катетру à de- re сифонное испособленіе *Dittel.* Пузырь омытъ бор- мъ раство- ъ. Іодоформ.- боловая по- вязка.	На 6 д. послѣ операціи моча показалась черезъ рану. Рана брюшной стѣнки закрылась къ 28 д. Т-ра въ первые дни послѣ операціи давала небольшія вечернія повышенія. Моча довольно долго была щелочная и содержала довольно обильный слизисто-гнойный осадокъ. Промываніе пузыря ac. borico. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Выизд. черезъ 98 д.	
ъ же швовъ. тетръ à de- re не встав- ся. Таже по- вязка.	Моча показалась въ ранѣ на другой день послѣ операціи (мочился также и черезъ уретру) и продолжала просачиваться до 12 д, Т-ра все время нормальна. Упорный поносъ. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Выизд. черезъ 20 д.	
ъ же швовъ, шелкомъ. На ну брюшной нки швовъ до ренажа. Ка- ръ à demeure сифоннымъ риспособле- мъ по *Dittel* аже повязка.	Моча показалась въ рану на 2 д. Въ дальнѣйшемъ теченіи сильный гнойный катарръ пузыря. Промыванія 2 раза въ день. Просачиваніе мочи черезъ рану прекратилось лишь черезъ 2 мѣсяца. Небольшія лихорадоч. движенія только въ первые дни послѣ операціи. Выписанъ совершенно здоровымъ.	Выизд. черезъ 82 д.	
енажъ только едпузырнаго ространства. рану брюш- стѣнки швы до дренажа. атетръ à de- meure. Анти- тическая по-	Т-ра ни разу выше 38,5 и только на одинъ день. Выздоровленіе на 9—18 д. безъ всякихъ осложненій. Въ одномъ случаѣ на 2 д. послѣ операціи выскочилъ катетръ, повязка промокла; заживленіе безъ осложненій на 26 д. Въ томъ случаѣ, гдѣ во время операціи выпирались внутренности и пришлось удерживать, вправлять брюшину, развилось вос-	Выизд. Выизд. Выизд. Выизд. Выизд.	Медиц. Обозр. 1884.

134	»			Пузырь удерживался пинцетомъ съ замкомъ. Fasc. transversa или разрывалась 2 пинцетами или вскрывалась на клювѣ катетра.	чаѣ при плохомъ наркозѣ въ рану при операціи выпячиваются внутренности и приходилось нѣсколько разъ вправлять выпирающуюся складку брюшины.	
135	Проф. Склифосовскій. Москва. 1884.	19 л. 15 л.	Плохо развитъ. Боли въ пузырѣ невыносимы; по ночамъ недержаніе мочи. Моча щелочна, много кристал. фосфор. кислой амміакъ магн. Боли въ области почекъ.	Пузырь налитъ 300 к. с. дестил. воды. Разрѣзъ стѣнки живота на 10 с.	Складка брюшины въ верхнемъ углу раны; удержана пальцемъ.	Фосф въ цен щаве викъ, необ ный. 4.5
136	» 1884.	22 л. 17 л.	Хорошо развитъ. Моча слабокислая, иногда кровь и бѣлокъ. Боли въ правой поясничн. области.	Пузырь налитъ 250 к. с. дестил. воды. Разрѣзъ стѣнки живота на 12 с.	Сильное выпячиваніе брюшины, вслѣдствіе чрезмѣрнаго сокращенія брюшн. пресса. Прошло при полномъ наркозѣ.	Ура 8,1. 3 Окру 8,5
137	» 1885.	20 л. 16 л.	Стриктура перепончатой части уретры.	Пузырь налитъ 150 к. с. дестил. воды.		Щав викъ, мочев натр кругл сплюс тый 3×
138	» 1886.	28 л. 8—10 л.		Пузырь налитъ 200 к. с. раств. борной кислоты		Яйцев 119. 8×3

а высоко на отъ и бедра	паленіе брюшины, отъ котораго смерть на 2 д.	Умеръ на 2 д.	
узырь швовъ кэтгута въ ряда; два по- ѣднихъ по *мберту*. На у брюшной ки этажный ковый швовъ ренажа. Ка- ъ à demeure тисеп. по- вязка.	На 10 д. катетръ выпалъ, повязка стала издавать запахъ разлагающейся мочи, нѣсколько капель мочи въ ранѣ. Снова катетръ на 3 д. Вскорѣ полное выздоровленіе.	Вызд.	Лѣтопись Хир. Об-ва въ Москвѣ 1885. Труды 2 Съѣзда Русск. Врачей.
узырь 2 ря- скорняжнаго изъ кэтгу- № 2. На рану шной стѣнки жный швовъ хній скор- жный) шел- ъ. Катетръ meure. Ан- пт. повязка.	Вечеромъ послѣ операціи т-ра 40, на другой день повышена до 38,3. На 6 д. моча показалась въ ранѣ; катетръ засорился отъ развившагося катарра пузыря. На 7 д. мочи въ ранѣ болѣе не появлялось. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 33 д.	
узырь швовъ *Гилингу* кэт- томъ Въ льномъ, какъ ъ предыдущ. случаѣ.	Катетръ держался въ пузырѣ 11 д., повязка суха. По извлеченіи его показалась моча. Снова вставленъ на 3 д. Выздоровѣлъ безъ всякихъ осложненій.	Вызд.	
пузырь 3 да швовъ: глубокихъ кэтгута, тре- , поверхно- ый, узлова- изъ шелка. остальномъ же самое.	На 10 д. катетръ удаленъ, въ ранѣ моча. Снова катетръ на нѣсколько дней. Выздоровѣлъ вполнѣ. **Примѣчаніе.** Черезъ 7 м. показался въ клинику: надъ лобкомъ иногда показывается капля кровянистой жидкости, сукровицы; вѣроятно это зависитъ отъ присутствія нити въ глубинѣ подъ рубцомъ (*Склифосовскій*).	Вызд.	

139	» 1888.	48 л. 4 г.	Боли при мочеиспусканіи. Моча слабокислой реакціи, содержитъ гной, иногда кровь. Strictura p. membran. urethrae.	Пузырь былъ вскрытъ безъ предварит. наливанія его.	Произведены ложные ходы въ мѣстѣ стриктуры, вслѣдствіе чего попытка сдѣлать срединное сѣченіе не удалась; тотчасъже сдѣлана sectio alta.	Четы камн Вѣс всѣх 56,(6×4 3×1, 2×1 1,75 0,75
140	» 1888.	66 л. 25 л.	Анэмиченъ. Вмѣсто мочи—кровянистая жидкость съ сильнымъ аммiачнымъ запахомъ. Позывы на мочеиспуск. ежеминутны.	Безъ предварительнаго наливанія пузыря.	Papilloma. Удалено опухоли 95,0 грам.	Уратъ примѣ щавел ковой вест продол вать 1,5×.
141	Пенкинъ. Козельскъ.	3 л. 2 г.		Пузырь наливался 0,1°/o раств. сулемы. Разрѣзъ стѣнки живота на 4,6 с. Пузырь разрѣзывался между 2 лигатурами. Рана пузыря расширялась внизъ пуговчатымъ ножемъ.		Ура 6,(2,7×1 0,9
142	»	6 л. 3 г.				Оксал 2,(1,7×1 0,6
143	»	6 л. 5 л.	Значительный катарръ пузыря.		Камень оказался расколотымъ; при извлеченіи раздробился еще болѣе.	Фосфа ядро ты. 1
144	»	$2^{1}/_{2}$. 2 г.				Урат 5,(2×1, 0,5
145	»	14 л. 13 л.				Урат 22,(3,6×2. 1,4
146	»	6 л. 5 л.				Урат 2,5 2,4×1, 0,4.

ренажъ пузы- я. На рану юшной стѣнки въ до дрена- Антисептич. повязка.	Полное выздоровленіе черезъ мѣсяцъ безъ осложненій.	Вызд. черезъ 30 д.	Письмо проф. Склифосовскаго отъ 4/х 1888.
ренажъ пузы- я. На рану юшной стѣнки въ до дрена- а. Антисеп. повязка.	Полное выздоровленіе; моча чистая (сообщено больнымъ черезъ 2 мѣс. послѣ операціи). **Примѣчаніе.** Катетромъ опредѣлялся иногда камень, иногда нѣтъ. Опредѣлялась всегда опухоль пузыря, стѣнки котораго были очень утолщены. Болѣе 25 л. (по временамъ) кровь въ мочѣ; въ послѣднее же время потери крови стали обильны и изнурительны.	Вызд.	
адренажа: пу- ря и предпу- ырнаго про- странства. овъ на рану юшной стѣн- въ 2-хъ случ. этотъ шовъ тажный. На у сулемовые прессы, смѣ- вшіеся каж- е 1/2 ч. Про- ванія пузыря аза въ день; оженіе на жи- тѣ или боку.	Т-ра въ день операціи 39, затѣмъ нормальна. На 8 д. моча пошла исключительно черезъ уретру.	Вызд. черезъ 23 д.	Медиц. Обозр. 1887.
	Безъ лихорадки. На 8 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 27 д.	
	Въ день операціи т-ра 39, затѣмъ ниже нормы. Тошнота, рвота. Вскрытія не было.	Умеръ черезъ 3 д.	
	Безъ лихорадки. На 9 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 27 д.	
	Безъ лихорадки. На 11 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 21 д.	
	Безъ лихорадки. На 8 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 17 д.	

147	Чеботаревъ. Орловская земск. больн. 1887.	6 л. 2 г.	Средняго питанія. Моча щелочная.	Пузырь налитъ 3% раств. борной кислоты. Кольпейринтеръ.		Фосфа 12,(
148	» 1887.	3 л.	Истощенъ. Моча щелочная.		Камень въ дивертикулѣ; извлеченъ легко.	Фосфа 1,3
149	» 1887.	18 л. 6 л.	Плохаго питанія. Моча щелочная, примѣсь гноя; лихорадитъ. Сильныя боли при мочеиспусканіи. Prolapsus recti.		Камень раздробленъ.	Фосфа 59,
150	» 1888.	7 л. Около 1.	Слабъ. Моча щелочная. Сильныя боли при мочеиспусканіи. Prolapsus recti.			Фосфа 9,9
151	» 1888.	6 л.	Хорошо упитанъ. Моча слабокислая. До операціи varicella.			Щаве вик 11,(
152	» 1888.	19 л. 8 л.	Сильно истощенъ. Моча щелочная, масса гноя и бѣлка. Pyelitis sinis. Сильныя боли		Камень раздробленъ.	Сложн фосфа щавел мочек соли 74,(

пузырь шовъ *Максимову* тутомъ. На у брюшной нки шелко- й шовъ до ажа. Катетръ meure. Іодо- м. повязка.	Съ 4 д. моча стала просачиваться черезъ рану; на 5 д. вынутъ катетръ. На 8 д. сняты кожные швы; prima до дренажа. На 14 д. вынутъ дренажъ и черезъ 26 д. полное заживленіе раны. Т-ра все время нормальная.	Вызд. на 27 д.	Письмо д-ра Чеботарева отъ $^{15}/_{X}$ 1888.
тичный шовъ зыря кэтгу- ъ. На рану ошной стѣн- повъ шелко- до дренажа. же повязка.	На 6 д. моча просачивается черезъ рану; вынутъ дренажъ. На 7 д. т-ра поднялась и колебалась между 39 и 40. Въ теченіе 3-хъ д. моча шла черезъ рану, образовался затекъ. Вставленъ черезъ уретру дренажъ; т-ра пала на 15 д., моча отчасти нормально; дренажъ вынутъ. Взятъ родителями не окончивъ леченія; моча идетъ большею частію черезъ уретру. Дальнѣйшая судьба неизвѣстна.	Выписанъ на 30 д. не окончивъ леченія.	
рхній край зыря сшитъ верхнимъ емъ кожной ны однимъ елковымъ мъ. На рану шной стѣнки шва, кромѣ жняго угла ы. На рану прессы изъ раств. кар овой кисло- . Положеніе а животѣ.	Въ день операціи утромъ 38,2, затѣмъ безъ лихорадки. На 14 д. рана зажила вполнѣ. Мочеиспусканіе правильно.	Вызд.. на 18д	
тичный шовъ ыря. На рану шной стѣнки до дренажа. доформ. по- вязка	Т-ра все время нормальна. На 7 д. вынутъ дренажъ и моча съ этого дня пошла нормально. Вполнѣ выздоровѣлъ.	Вызд. на 30д.	
оже самое.	Съ 4 д. моча пошла черезъ уретру. На 6 д. вынутъ дренажъ. Т-ра все время нормальна. Выписанъ совершенно здоровымъ.	Вызд черезъ 28 д.	
нажъ пузыря. рану ком- ссы изъ 2°/o тв. карболо- й кислоты. дневно про-	Т-ра колебалась между 38 — 39. На 14 д. смерть. Вскрытія не было.	Умеръ черезъ 14 д.	

			при мочеиспуск. Prolapsus recti.			
153	Догадкинъ Самарская г. земск. больн. 1884.	5 л. 2 г.	Общее состояніе хорошо. Моча чистая, кислой реакціи.	Пузырь наливался 2°/o раств борной кислоты.		Ура 22, 3,7×3 2,5
154	» 1884.	8 л. 1 г.	Плохаго тѣлосложенія. Hypospadia. Моча довольно чиста, кислая.			Два ка урофо ты 6 3,5×5 3,6 1,7
155	» 1884.	42 л. Съ дѣтства.	Истощенъ. Моча щелочная; слизистый осадокъ.			Оксал 26,1 3,5× 2,2
156	» 1887.	Дѣвочка. 6 л. 3 г.	Общее состояніе удовлетворительно. Моча чистая, кислой реакціи.	Безъ наливанія пузыря и безъ кольпейринтера. Въ пузырь итинерарій, по которому пузырь разрѣзывался между 2 острыми крючками.	Камень извлеченъ съ трудомъ. Извлеченію помогло поднятіе камня per rectum (такъ во всѣхъ случ. у дѣвочекъ).	Оксал 9,9 3,0×2 1,0
157	» 1887.	Дѣвочка. 5 л. Съ дѣтства.	Общее состояніе удовлетвор. Моча мутна.			Уро-ок лятъ. 2×1,5
158	» 1888.	Дѣвочка 9 л. 1 г.	Значительно истощена. Моча съ слизистымъ осадкомъ.			Ура 12,8 3,5×2 2,3
159	» 1888.	Дѣвочка 3 л. 2 г.	Общее состояніе удовлетворительно. Моча нормальная.			Урат 4,0 Діаме 1,7

…анія пузыря … раств. ac. boricі.			
…нажъ пузыря. …рану брюш- стѣнки швы дренажа· Іо- …рм. повязка: …нялась нѣ- …ько разъ въ день.	Первые дни боль въ животѣ. Моча идетъ въ дренажъ. Швы удалены на 3 д. Края раны разошлись и заживленіе черезъ нагноеніе. Дренажъ удаленъ на 8 д. Съ 13 д. моча пошла черезъ уретру. Т-ра колебалась между 37—39,5. Поносъ въ теченіи 7 д. Выписанъ по желанію матери съ не вполнѣ зажившей ранкой.	Выписанъ черезъ 26 д. не окончивъ лечен.	Письмо д-ра Догадкина отъ 20/IX 1888.
…ь же уходъ. …овязка изъ …гроскопич. …ы съ карбо- …й кислотой.	Въ день операціи боль въ животѣ. Моча черезъ дренажъ. На 2 д. животъ вздутъ, пульсъ слабый. На 3, 4, 5 д. рвота и смерть. **Вскрытія** не было.	Умеръ черезъ 5 д.	
…ъ же уходъ повязка.	Т-ра вечеромъ 37,9, утромъ 38,9. Послѣ операціи боль въ животѣ. Ночью рвота. На другой день боли в.сильны; рвота постоянная. Смерть. **Вскрытія** не было.	Умеръ на 2 д.	
…нажъ пузыря. …рану брюш- стѣнки—ни- … Іодоформ- …я повязка.	Въ день операціи 37,4. На 2 д. кашель, моча черезъ дренажъ. Т-ра утромъ и вечеромъ 38,3—39 до 5 д.; кашель меньше. На 5 д. удаленъ дренажъ; на 6 д. моча пошла черезъ уретру. Въ ранѣ хорошее нагноеніе. Черезъ 14 д. рана зарубцевалась. Моча и мочеиспусканіе нормальны.	Вызд. черезъ 15 д.	
…нажъ пузыря. …рану брюш- стѣнки швы. дренажа. Іо …ормная повязка.	Въ день операціи т-ра 37,8. На 2 д. два раза рвота. На 4 д. удаленъ дренажъ; т-ра нормальна. На 8 д. сняты швы. На 12 д. моча нормальна. На 21 д. полное заживленіе; моча чиста; иногда боли при мочеиспусканіи.	Вызд. черезъ 21 д.	
…ь же уходъ	Т-ра до 4 д. между 37,7—38. Первое время боли въ ранѣ, разъ рвота. На 4 д. въ ранѣ мочевой налетъ. На 6 д. моча идетъ нормально. Небольшой пролежень на крестцѣ. Черезъ 9 д. удаленъ дренажъ. Моча идетъ нормально; она чище. Выписалась, когда еще было нагноеніе въ ранѣ.	Выписана черезъ 12 д. не окончивъ лечен.	
…ь же уходъ	Недѣлю т-ра по вечерамъ 38,5. На 8 д. т-ра 39,4; знобъ. Удаленъ дренажъ. На 9 д. утромъ 37,1; вечеромъ 39,5. Рана покрылась налетомъ. Dysenteria catar. Черезъ 15 д. rheumatis. acuta праваго плеча. Моча частью нормально. Выписана на 22 д., когда рана еще не вполнѣ зарубцевалась.	Выписана черезъ 21 д. не окончивъ лечен.	

Съ 160 по 168	Ващенко. С. Глушково. Курская губ.	Отъ $1^{1}/_{2}$ г. до 22 л.		Пузырь наливался теплымъ раствор. салицил кислоты. Удерживался на 2 лигатурахъ. Всегда подготов. леченіе до операціи ваннами и промываніями пузыря салиц. кислотой. Операція подъ хлороформомъ совмѣстно съ кокаиномъ.	1) Раненіе брюшины. 2) Три раза замѣчалось выпаденіе складки брюшины. 3) Во время одной операціи появилась асфиксія; первоначальный разрѣзъ пузыря не найденъ, сдѣланъ новый. 4) Однажды пузырь такъ тонокъ и вялъ, что проткнутъ итинераріемъ.	Кам… одино… отъ (… до 3…
168	Проф. Подрезъ. Пятигорскъ. 1886.	4 л. 2 г..	Хорошо упитанъ. Сильно страдаетъ гематуріей.			Ура… 3×3…
169	» Пятигорскъ. 1886.	4 л. $1^{1}/_{2}$ г.	Средняго питанія. Признаки бугорчатки; глухо-нѣмой.		Операція немного затруднена, вслѣдствіе низкаго положенія брюшины.	Два ка… въ во… скі… орѣ… почк… разм… 2×1…
Съ 170 по 178	» Харьковъ.	Нѣтъ свѣдѣній.	Нѣтъ свѣдѣній.			Нѣ… свѣдѣ…
178	Орловскій. Больн. Млад. Іисуса. Варшава. 1883.	70 л. 6 л.	Истощенъ сильно. Моча мутная, вонючая; большой гнойный осадокъ. До высокаго камнесѣченія— литотрипсія; безъ успѣха: камень очень твердъ.	Пузырь наливался; кольпейринтеръ. Пузырь удерживался лигатурой.		Пре… ществ… но м… аммо… съ … мѣс… ксант… фосфо… кисло… углек… изве… Діаме…

іажъ пузыря. рану брюш- стѣнки шовъ дренажа. нтисептич. иготовленіе ь операціи ьнаго и пу- ря. Повязка: ѣ 3, 4 плас- 50°/о іодо- м. марли— мовая марля. рху сулемо- , салицило- вата, а за- ъ подушка древесной мовой ваты. ложеніе на животѣ.	Теченіе безъ лихорадки. Моча шла нормальнымъ путемъ, въ среднемъ, на 13,1 д. Въ одномъ случаѣ сильнаго цистита — на 23 д. Брюшная рана заживала per primam; вполнѣ зарубцевалась на 15 — 21 д., а при фосфатахъ—между 37 и 60 д. Примѣчаніе. Если сулемовые препараты вызывали экзему, то употреблялся: или іодоформъ, или нафталинъ.	Вызд. всѣ.	Труды 2 Съѣзда Русск. Врачей.
іажъ пузыря. тетръ à de- eure.. Іодо- мъ. Промы- іе раствор. orici. Анти- т. повязка.	Незначительное повышеніе т-ры. Небольшое нагноеніе въ ранѣ; заживленіе путемъ грануляцій. Катетръ удаленъ на 6 д., дренажъ на 12 д. Вполнѣ поправился.	Вызд. черезъ 34 д.	Хирург. Вѣстн. 1886.
пузырь швы. рану брюш- стѣнки швы; ъ дренажа. тетръ à de- re. Таже по- вязка.	Безъ повышенія температуры; безъ нагноенія. Швы удалены между 4—9 д. Prima пузырной раны.	Вызд. черезъ 12 д.	
узырь шовъ *реза*. На ра- брюшной ѣнки шовъ. тетръ à de- re. Антисеп- ч. повязка.	Подробности неизвѣстны. Въ 7 случ. шовъ пузыря примѣненъ съ успѣхомъ; въ послѣднемъ неуспѣхъ отъ технической ошибки при операціи.	Вызд. всѣ.	Лебкеръ. Стр. 477.
йной дренажъ ыря. На ра- брюшной чки швы до нажа. Стро- антисептич. повязка.	Перевязка почти ежедневно. Швы сняты на 7 д. Значительная часть раны зажила per primam; дренажи извлечены на 11 д.; катетръ à demeure. Моча чистая. На 14 д. воспаленіе легкихъ, отъ котораго смерть на 22 д. послѣ операціи.	Умеръ на 22	Gazeta lekarska. 1885. Реф. Хирург. Вѣстн. 1885. Deut. Zeitschr. f. Chirurgie. 1885. Письмо д-ра Орловскаго отъ 22/IX. 1888.

179	» 1884.	64 л. 2 г	Истощенъ страшно; едва двигается. Моча мутна, съ громаднымъ количествомъ гноя; вонючая. До section altae была сдѣлана литотрипсія; безъ успѣха.		Почти вся передняя поверхность пузыря оказалась покрытой брюшиной; свободная часть едва=1 с. Камень раздробленъ.	Два ка[illegible] Мочеі[illegible] аммо[illegible] съ щ[illegible] кисло[illegible] вест[illegible]
180	» 1885.	24 л.				Кам[illegible] съ ку[illegible] яй[illegible]
181	» 1887.	60 л.	Тѣлосложенія хорошаго. Боли при мочеиспусканіи. Моча мутна, съ гноемъ, отвратительный аммiачный запахъ. Съуженіе уретры.		Вторичная sectio alta; тотъ-же больной, что и № 2 таблицы III	Фосф[illegible] мягс[illegible] Діа[illegible] окол[illegible]
182	» 1887.	22 л. 2 г.	Питаніе хорошо. Моча мутна, аммiачный запахъ. За 5 д. до sect. altae неудачное камнедробленіе; камень очень великъ.		Извлеченіе камня весьма трудно; нельзя было захватить камень въ щипцы. Послѣ многихъ усилій камень извлеченъ по частямъ. Онъ выполнялъ собою всю полость пузыря и плотно охватывался его стѣнками.	Фосф[illegible] 10[illegible] Каме[illegible] діам[illegible]
183	» 1887.	60 л. 3 г.	Тѣлосложенія хорошаго. Моча мутновата, кислой реакціи. Большая простата. За нѣсколько дней до sect. altae сдѣлана литотрипсія; безъ успѣха		Значительное кровотеченіе изъ стѣнокъ мочеваго пузыря; прекратилось скоро.	Д[illegible] кам[illegible] мен[illegible] въ д[illegible] 2 са[illegible] оско[illegible] втор[illegible] боль[illegible] вѣсъ 7.

пузырь шел- ый шовъ *Ge-* у. На рану шной стѣнки ковый шовъ. тетръ à de- ге. Антисепт. повязка.	На 5 д. послѣ операціи черезъ рану брюшной стѣнки начала просачиваться моча, вслѣдствіе чего смѣна повязки; съ тѣхъ поръ мѣнялась почти ежедневно. На 6 д. сняты наружные швы; заживленіе per primam на большомъ пространствѣ. По случаю большихъ болей на 10 д. удаленъ катетръ; вводился черезъ каждые 3 часа. Выздоровленіе в. медленное; рана зажила на 56 д. съ небольшимъ свищемъ. Вскорѣ послѣ операціи моча значительно исправилась.	Вызд. черезъ 56 д.	
е указано.	Свѣдѣній нѣтъ.	Вызд. на 54 день.	
йной дренажъ ыря. На рану шной стѣнки лковые швы дренажа. нтисеп. повязка.	Дренажъ извлеченъ на 10 д. Катетръ à demeure. Швы сняты на 6 д. Значит. часть раны зажила per primam. Послѣопераціон. періодъ безъ осложненій; иногда встрѣчалось только затрудненіе при введеніи катетра, вслѣдствіе стриктуры. Послѣ операціи моча значительно чище.	Вызд. черезъ 48 д.	Больной этотъ въ настоящее время ($^{22}/_{IX}$ 1888) снова поступилъ въ больницу съ камнемъ въ пузырѣ. Орловскій.
ъ же уходъ.	Швы брюшной раны сняты на 6 д.; края раны разошлись на всемъ протяженіи. Дренажи удалены на 8 д. Катетръ à demeure. Послѣоперац. періодъ весьма неблагопріятный; заживленіе раны в. медленное. Черезъ рану нѣсколько разъ отдѣлялись д. значительные куски омертвѣлой слизистой оболочки пузыря. Моча очистилась не скоро. Выписанъ вполнѣ здоровымъ. **Примѣчаніе.** На распилѣ камня въ его центрѣ оказалась ямка величиною въ горошину, выстланная чѣмъ-то въ родѣ шелухи. Оказалось, что около 2-хъ л. тому назадъ больному была введена въ уретру большая горошина, которая проскользнула въ пузырь.	Вызд. на 88 д.	
ъ же уходъ.	Швы брюшной стѣнки сняты на 6 д.; рана зажила per primam. Дренажъ удаленъ на 9 д. Катетръ à demeure. Первые дни послѣ операціи въ мочѣ примѣсь крови, затѣмъ много чище. Рана зажила вполнѣ на 58 д. Вскорѣ однако образовался свищевой ходъ, который то заживалъ, то снова открывался.	Вызд. черезъ 58 д.	

184	» 1887.	22 л. 2 г.	Средняго тѣлосложенія; весьма истощенъ. Моча мутна; примѣсь гноя, амміачный запахъ.		Весьма трудное извлеченіе камня по частямъ.	Фосф 70, Діа окол
185	» 1888.	83 л. 3 г.	Тѣлосложеніе хорошее. Общее состояніе, не смотря на сильныя страданія, удовлетворительно. Моча мутная, кислая.			Уро- фат тверд Діам.
186	» 1888.	56 л. 7 л.	Тѣлосложеніе хорошее. Моча мутная, кислая. Большая простата. 5 л. тому назадъ сдѣлано *Guyon*'омъ камнедробленіе.		Въ пузырь выдавалась простата на 4 сант.	Оксал и ура Діам
187	» 1888.	69 л. Нѣсколько мѣс.	Слабъ. Моча мутная, кислая. За двѣ недѣли до sect. altae неудачная литотрипсія.		Камень въ дивертикулѣ на передней поверхности пузыря, справа.	Ура почи образ 3,5×2
188	» 1888.	76 л. 8—9 л.	Весьма слабъ. Моча мутна; огромное количество гноя; отвратительный амміачн. запахъ.		Пузырь оказался весьма большимъ, не доходилъ до пупка всего 5 сант., хотя было влито всего 120 к. с. жидкости. Стѣнки его на столько толсты ($1^1/_2$ с.), что черезъ нихъ едва прощупывался конецъ катетра. Почти весь былъ выполненъ камнями. Извлеченіе ихъ было весьма трудное.	32 ка Сам болы 6× 4× 3× 3× Все более ней діам. 1,5. Ф ихъ лич Въ всѣ 144

...ъ же уходъ.	Швы брюшной стѣнки сняты на 6 д. Края раны разошлись. Дренажъ удаленъ на 11 д. Катетръ à demeure; удаленъ скоро (не переносится). На 10 д. воспаленіе легкихъ; упадокъ силъ. Вслѣдствіе этого заживленіе раны замедлилось; зарубцевалась рана вполнѣ на 60 д. Моча послѣ операціи поправилась нескоро.	Вызд. черезъ 68 д.	
...ъ же уходъ.	На 6 д. сняты швы брюшной стѣнки. Значительная часть раны зажила per primam. Дренажъ удаленъ на 10 д. Катетръ à demeure, который черезъ нѣсколько часовъ больной удалилъ. Послѣоперац. теченіе не особенно благопріятно: больной ослабѣлъ, раздражителенъ, не позволяетъ введеніе катетра. Послѣ операціи моча вскорѣ очистилась. На 60 д. рана почти зажила; остался незначительный свищъ.	Вызд. черезъ 60 д.	
...ъ же уходъ.	На 7 д. удалены швы брюшной стѣнки. Рана зажила per primam. Дренажъ удаленъ на 9 д. Катетръ à demeure. Послѣоперац. періодъ относительно хорошъ. Моча вполнѣ очистилась. **Примѣчаніе.** Черезъ 4 м. образовался тонкій свищъ, черезъ который иногда моча выдѣляется в. обильно.	Вызд. на 28 д.	
...ъ же уходъ.	На 6 д. сняты швы брюшной стѣнки. Заживленіе per primam; удаленъ дренажъ и вставленъ катетръ à demeure. Моча вскорѣ послѣ операціи—нормальна. Заживленіе безъ осложненій.	Вызд. черезъ 27 д.	
...ъ же уходъ.	На 4 д. снята часть швовъ брюшной стѣнки; въ верхней части—prima. Дренажъ оставленъ на все время леченія. Вскорѣ моча очистилась. Съ 3 д. значит. повышеніе т-ры; мало по малу упадокъ силъ и припадки урэміи. Смерть на 10 д. **Вскрытіе** не было дозволено. **Примѣчаніе.** Лѣвая часть полости пузыря въ 2/3 найдена, какъ бы послойно, вымощенной различной величины прилегающими другъ къ другу камнями. Отъ нихъ оставалась свободной 1/4 часть полости пузыря. Извлеченіе камней было весьма затруднительно, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ помѣщались въ глубокихъ складкахъ слизистой оболочки. Химич. анализъ показалъ, что камни состояли главнымъ образомъ изъ мочевой кислоты, слѣды мочевок. натра и ксантина. Форма камней в. различна; поверхность ихъ гладка, какъ бы отшлифована.	Умеръ на 10 д.	

189	Потоцкій. СПб. Обуховская больн. 1882.	22 л. 18 л.	Истощенъ, блѣденъ. Моча выдѣляется постоянно по каплямъ; небольшой слизисто-гнойный осадокъ; она щелочна; бѣлка нѣтъ. Лихорадитъ до 39.	Пузырь и кольпейринтеръ налиты карбол. растворомъ.	Трудное извлеченіе камня. Камень плотно укрѣпленъ однимъ концомъ. въ уретрѣ При извлеченіи значит. часть коры раздробилась.	Calcu prosta vesica 7×
190	» 1885.	51 г.	Плохо упитанъ. За $^1/_2$ года до операціи были кровотеченія изъ пузыря. Задержаніе мочи. Мочевой пузырь растянутъ; выпущена моча, какъ деготь (около 10 ф.) Хронич. катарръ пузыря и атонія его. Моча щелочна; примѣсь крови, гной. 2 недѣлн. леченіе до операціи значительно исправило мочу. Лихорадитъ до 38,5.	Пузырь и кольпейринтеръ налиты борнымъ растворомъ.	Передъ вскрытіемъ мочевого пузыря пришлось оттянуть кверху сильно развитыя вены.	Фосфа ядр урат 27, 4×3
191	» 1885.	26 л. 10—15 л.	Плохо упитанъ. Моча слабо-кислая, безъ слизи и гноя. Значительная чувствительность пузыря.	Пузырь налитъ 400 куб. сант., раств. борной кислоты. Кольпейринтеръ.	Во время операціи пришлось дѣлать искусств. дыханіе.	Каме въ ви туто ягод почт черна цвѣт 11, 3,5× В окру 9,5
192	Гельбке. СПб. Обуховская больн. 1887.	24 л. Съ дѣтства.	Хорошаго питанія. Затрудненія въ мочеиспуск.; въ послѣднее время мочится въ положеніи à la vache.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.		Нару слой ципсти затѣ щаве викъ. 4 5,5× ×2

резъ брюш- ю рану вве- ъ въ пузырь, атѣмъ черезъ тру выведенъ ужу дренажъ отверстіями лько въ той сти, которая пузырѣ. Къ ружному кон- у сифонное испособленіе; ецъ опущенъ ь сосудъ съ болов. раств. зырная рана зашита. На зу брюшной нки въ верхн. глу 2 шва оформ повяз- Первые дни тая смѣна по- ки, смотря по обности. Про- ванія пузыря.	Моча первое время шла черезъ рану и частью черезъ уретру. Черезъ 29 д. вся моча идетъ нормально. Черезъ 45 д. рана вполнѣ зарубцевалась. Т-ра все время нормальна. Моча значительно лучше. **Примѣчаніе.** Черезъ годъ извѣстно, что оперированный вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 45 д.	**Письмо д-ра Потоцкаго** 17/xi 1888.
	Первые 2 д. вся моча выходила черезъ рану, а съ 3 д. черезъ дренажъ въ сосудъ. Т-ра первые д. нормальна, на 5, 6 д. по вечерамъ до 38,5, на 7 д. до 40, затѣмъ до 21 д. опять нормальна. На 22 и 23 д. по вечерамъ снова 38, въ зависимости отъ небольш. пролежней на крестцѣ. Черезъ 7 недѣль рана вполнѣ зарубцевалась. Катарръ пузыря послѣ операціи быстро улучшался; атонія же только черезъ 2 м. послѣ операціи. Извѣстно, что (черезъ 2 г.) вполнѣ здоровъ. **Примѣчаніе.** У больнаго вмѣсто penis только отверстіе уретры на небольш. сосковидномъ выступѣ. Больной за 2 г. до камнесѣченія, въ припадкѣ умопомѣшательства, ампутировалъ себѣ penis.	Вызд. черезъ 49 д.	
ъ же уходъ.	Безъ лихорадки. Послѣ операціи моча съ примѣсью крови. Дренажъ закупоренъ кровяными сгустками. На 2 д. большая часть мочи идетъ черезъ рану, почему на 4 д. вокругъ раны незнач. экзема. На 7 д. удаленъ дренажъ и швы,—prima. На 12 д. мочится нормально. Рана отлично гранулируетъ. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.	Вызд. черезъ 33 д.	Скорбный листъ больницы № 6781.
енажъ пузы- я. На рану ошной стѣн- и швовъ до нажа. Анти- гич. повязка. оложеніе на отѣ. Повязка ялась по мѣ- того, какъ ромокнетъ.	Послѣ операціи т-ра 38, затѣмъ все время нормальна. На 8 д. сняты швы, — prima. На 19 д. моча идетъ большею частью черезъ стволъ. Рана гранулируетъ хорошо. Моча стала почти нормальной. На 35 д. рана зарубцевалась вполнѣ; оставался въ больницѣ еще около двухъ м. по случаю бронхита и временно ухудшившейся мочи. Промыванія пузыря раств. resorcini. Вполнѣ здоровъ; общее состояніе отлично.	Вызд. черезъ 89 д.	Скорбный листъ № 1560

193	» 1887.	24 л. 10 л.	Плохаго питанія. Страданія при мочеиспусканіи. Моча мутна, нейтральной реакціи; примѣсь гноя, крови, лоханочныхъ клѣтокъ. Уретритъ, кашель, поносъ; признаки бугорчатки. Лихорадитъ до 40,4. Соотвѣтственн. леченіе до операціи.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.	Извлеченіе камня довольно трудное. Камень охваченъ мѣстами слизистой оболочкой пузыря. При извлеченіи наружн. кора камня дробилась. Въ нижней части пузыря, справа, дивертикулъ.	41,0 4,5×4 3,5. Округ 13,5 12,0.
194	Зеленковъ. СПб. Обуховская больница. 1887.	45 л.	Плохо упитанъ. Мочеиспусканія часты, болѣзненны, съ большими усиліями. Моча щелочная, амміачный запахъ. Подготов. леченіе n. benzoic.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ. Передъ и послѣ операціи продолжительное промываніе пузыря растворомъ борной кислоты.	Довольно значит. кровотеченіе изъ пузыря при его разрѣзѣ.	Фосфа 47,0 6×5×
195	» 1887.	35 л. 1 г.	Плохо упитанъ. Недержаніе мочи. Моча съ гноемъ; амміачный запахъ. Хроническій бронхитъ.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.	Рана брюшной стѣнки нѣсколько расширена въ бока. Трудное извлеченіе камня.	Calcu prost vesica 51,0 6×3,7
196	» 1887.	28 л. 10 л.	Хорошо упитанъ. Мочеиспусканія то нормальны, то учащены. Моча прозрачна, слабо кислой реакціи;	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.		Фосфа ядр урат 64, 3×4

ь же уходъ.	Все время температура до 39. Рана хорошо гранулируетъ, чиста. Всѣ швы разошлись. Уретритъ—то лучше, то хуже. Кашель. Черезъ 30 д. грануляціи въ ранѣ хуже; моча идетъ черезъ рану; позывовъ на нормальное мочеиспусканіе нѣтъ. Постепенно слабѣетъ; главные припадки: кашель, поносъ, боль въ груди; на 50 д. смерть. **Вскрытіе.** Nephr. paren. chr.; colitis ulc. chr.; pneum. chr., tuberculosis apices utr. pulm., pneum. cat. acuta lobi inf duplex.: pleuritis purul. sin. **Примѣчаніе.** Камень покрытъ соскообразными отростками; изъ нихъ два наиболѣе велики, отстоятъ другъ отъ друга на 2,5 с. и представляютъ слѣпки съ отверстій мочеточниковъ, въ просвѣтъ которыхъ они вдавались.	Умеръ черезъ 49 д.	Скорбный листъ № 1848.
а дренажа: инъ въ пу- , другой въ едпузырное остранство. іонъ до пу- я. На рану шной стѣн- швы до дре- . Антисепт. язка. Поло- е на животѣ.	Все время т-ра повышена. Послѣ операціи моча чище. На 6 д. prima брюшной раны; въ глубинѣ рана не особенно чиста. На 15 д. изъ раны отдѣлилось нѣсколько кусковъ омертвѣлой околопузыр. клѣтчатки. Моча еще лучше. Промываніе пузыря раств. resorcini. Съ 28 д. т-ра высокая; моча хуже, въ ней осадокъ и бѣлокъ. Антифебринъ, ванны. На 41 д. рожа кругомъ раны; она распространилась на мошонку; гангрена ея; общее состояніе плохо. На 46 д. гангрена перешла на сосѣднія части, рожа перешла на ноги, на 49 д. смерть. **Вскрытіе.** Gangraena scroti; cystitis crouposa et hypertr. vesicae urinariae. pyelonephr. purul. et nephr. chr., peritonitis partialis (perihepat. et perisplenitis).	Умеръ на 49 день.	Скорбный листъ № 2241.
ажъ пузыря. іонъ до пу- ыря. Рана шной стѣнки шита. Анти- ич. повязка. ложеніе на отѣ. Промы- ѣія пузыря тв. acidi bo- rici.	Послѣ операціи нѣсколько дней лихорадка, затѣмъ температура нормальна. Моча улучшается. Рана гранулируетъ не особенно хорошо. На 27 д. черезъ рану отошелъ кусокъ омертвѣлой околопузырной клѣтчатки; послѣ этого рана гранулируетъ хорошо. Все время сильный кашель. На 58 д. рана зарубцевалась. Съ 68 д. полтора мѣсяца сильный поносъ. Мало по малу рубецъ надъ лобкомъ (отъ постоянныхъ натугъ и кашля) растягивается и образуется hernia intestin. Выписанъ въ отличномъ состояніи; для грыжи данъ бандажъ.	Вызд. черезъ 169 д.	Скорбный листъ № 6506.
а пузырь 5 бокихъ и 4 рхн. шелко- хъ шва *по* *ксимову*. На у брюшной ѣнки швы ахватывая	На 2 д. послѣ операціи 39,5; на 8 д. нормальна. На 3 д. сильный уретритъ. Повязка слегка промокла кровянистой жидкостью. Удаленъ дренажъ; онъ закупорился сгустками. На 5 д. prima брюшной стѣнки, удалены швы. На 7 д. повязка промокла мочей. На 15 д. черезъ рану отошли куски омертвѣлой околопузырной клѣтчатки. Т-ра это время 38, 39,0. На	Вызд. черезъ 68 д.	Скорбный листъ № 8098.

			немного слизи въ осадкѣ. Хроническій бронхитъ.			
197	Трояновъ. СПб. Обуховс. больница. 1886.	20 л.	Средняго питанія. Моча щелочная, мутна; амміачный запахъ. Осадокъ изъ гноя, пузырнаго эпителія; слѣды бѣлка. Лихорадитъ по вечерамъ до 39,3.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.	По разрѣзѣ брюшной стѣнки оказалось, что въ предпузырн. пространствѣ обширная полость, наполненная кусками распавшихся тканей съ запахомъ мочи. Камень плотно срощенъ съ стѣнкой пузыря; отдѣленъ не легко.	Кам[illegible] величи[illegible] и фо[illegible] съ ку[illegible] ное я[illegible] 40,[illegible] 4×3[illegible]
198	» 1888.	45 л.	Умѣреннаго питанія. Мочеиспусканіе не затруднено. Моча кислой реакціи: при стояніи небольшой осадокъ изъ мочевой кислоты; немного гноя. Бѣлка нѣтъ.	Пузырь налитъ Кольпейринтеръ.		Фосф[illegible] ядр[illegible] урат[illegible] 149,[illegible] 7,25×[illegible] ×[illegible]
199	» 1888.	26 л.	Питанія умѣреннаго. Мочится съ большими усиліями; мочеиспусканія болѣзненны. Недержаніе мочи по ночамъ. Моча нейтраль-	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.	При извлеченіи наружные слои камня распались.	Calc[illegible] prost[illegible] vesica[illegible] Вѣс[illegible] ядра 4[illegible] 4×3[illegible] ×3[illegible]

цы) до дре-. Катетръ à eure съ си-нымъ при-собленіемъ. септич. по-вязка.	26 д. замѣчено, что, благодаря в. узкому свищу на мѣстѣ брюшной раны, моча задерживается подъ рубцомъ; свищъ раскрытъ, вставленъ короткій дренажъ. Быстрое заживленіе.		
тоянное оро-ніе пузыря. игнуто тѣмъ, изъ сосуда ь больнымъ ый растворъ ь въ пузырь, ъ него че-ь сифонное способленіе судъ, постав-нный ниже зонта крова- Истеченіе кости изъ няго сосуда урегулиро-) краномъ , что жид-ь не вылива- изъ пузыря околопузыр- клѣтчатку. исепт. по-вязка.	На 3 д. послѣ операціи т-ра до 38,5, на 6 д. пришла къ нормѣ. Въ послѣопераціон. періодѣ нѣсколько разъ не по долгу т-ра повышена. Рана медленно, но хорошо очищается отъ омертвѣлыхъ тканей; хорошія грануляціи. Кромѣ постояннаго орошенія ежедневно промыванія пузыря раств. сулемы. На 7 д. сдѣлано противоотверстіе на правой сторонѣ, вблизи sp. ilei и черезъ него проведенъ дренажъ въ очищающуюся полость. На 17 д. полость совершенно очистилась; моча также улучшилась (n. benzoic. внутрь). Постепенное, хотя и медленное, выздоровленіе. Выписанъ съ прозрачной мочей, правильнымъ мочеиспусканіемъ и отличнымъ общимъ состояніемъ.	Вызд. черезъ 93 д.	Скорбный листъ № 7442.
узырь узло-й шелковый ь *по Макси-ову*. Рана шной стѣнки тампониро-а. Катетръ meure. Ан-септическая повязка.	Первые 4 д. послѣ операціи по вечерамъ т-ра повышена до 38, разъ до 39, затѣмъ нормальна. На 5 д. повязка пропиталась мочей. На 17 д. большая часть мочи идетъ черезъ катетръ. Моча съ хлопчатымъ осадкомъ и мочевымъ пескомъ. Промыванія пузыря раствор. resorcini, внутрь lithium carb. На 22 д. края наружной раны слегка окровавлены и наложены 4 шва; черезъ 3 д. удалено два шва, рана разошлась. Свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны заживалъ медленно. На 83 д. черезъ свищъ отошелъ шелковый шовъ; быстрое заживленіе. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 96 д.	Скорбный листъ № 4833.
ь же уходъ.	Т-ра все время нормальна. На 2 д. вечеромъ повязка промокла мочей. Осложненій никакихъ, но заживленіе—шло вяло. Все время леченіе сильнаго катарра пузыря. Черезъ 91 д. выписанъ съ тонкимъ свищевымъ ходомъ надъ лобкомъ, изъ котораго изрѣдка выдѣляется капля мочи. Моча свѣтла, общее состояніе отлично.	Вызд. черезъ 91 д.	Скорбный листъ № 5408.

			ной реакціи съ осадкомъ; онъ состоитъ изъ гноя, слизи и пузырнаго эпителія.			
200	Миславскій. Верхъ-Исетскій завод. госпиталь. 1884.	2 г. $1^1/_2$ г.	Посредственнаго тѣлосложенія. Частые позывы на мочеиспусканіе; они болѣзненны. Моча мутна, по временамъ кровавая.	Пузырь налитъ дестиллированной водой.		Два ур… Вѣсъ … ихъ … Длинн… каждаı… попер… 1,7…
201	» 1884.	57 л. 5 л.	Питанія посредственнаго. Частые позывы на мочу, боли.		Камень раздробленъ.	Фосф… Вѣс… больш… куска … 1.5×1…
202	» 1884.	9 л. 4 г.	Крѣпкій мальчикъ. Частыя и болѣзнен. мочеиспуск., иногда кровь. Моча мутна, съ осадкомъ.			Оксал… 8,2… 2,7×…
203	» 1884.	9 л. 1 г.	Тоже, но моча щелочна.			Фосф… 32,… 1,4×…
204	» 1885.	3 л. Около 3 л.	Вскорѣ послѣ рожденія появились болѣзненныя мочеиспуск. съ кровью. Моча мутная, щелочная.			Оксал… 4,6… 2,7…

…гичный швовъ …зыря кэтгу…ъ. На рану …юшной стѣн… шелковый …жный швовъ …ренажа. Ви…измѣненная …стеровская …зка (протек…, нѣсколько …ревъ гигро…. ваты, кле…а), затѣмъ …ѣнена іодо…ной. Промы…ніе пузыря … растворомъ …оловой кис…лоты.	На 2 д. сняты поверхн. швы брюшной стѣнки, на 5 д. и глубокіе; на 7 д. рана разошлась. На 26 д. съ мочей выдѣляется мочевой песокъ. Въ этотъ день при изслѣдованіи пузыря катетромъ снова опредѣленъ камень. *На 43 д. произведена вторичная sectio alta*: рана раскрыта и извлечено нѣсколько мелкихъ камней. На рану брюшной стѣнки тѣже швы, что и въ первый разъ, въ пузырь дренажъ. На 6 д. швы сняты; на 9 д. моча идетъ нормально. На 18 д. полное заживленіе раны; на 29 выписанъ вполнѣ здоровымъ. Послѣ операціи по временамъ незначит. лихорадка.	Вызд. на 71 д.	Письмо д-ра Миславскаго отъ 27/x 1888. О восьми случ. есть и въ Хир. Вѣстн. 1886 г. Статья д-ра Родзевича. Стр. 596.
…нажъ пузыря. …рану брюш…стѣнки этаж… швовъ шел…ъ до дрена…Видоизм. ли…ровская по…вязка.	Высокая т-ра и сильныя боли въ животѣ. Черезъ дренажъ выдѣляется сукровичная моча. Лихорадка значительная. Тошнота, отрыжка; животъ вздутъ, крайне болѣзненъ. Смерть на 5 д. Вскрытія не было. Примѣчаніе. 3 года тому назадъ образовался на промежности абсцессъ; послѣ абсцесса остался свищъ.	Умеръ на 5 д.	
…гичный швовъ …зыря кэтгу…ь. Въ осталь…омъ тоже.	На 3 д. послѣ операціи повышеніе т-ры. На 6 д. сняты швы брюшной стѣнки; на 8 д. удаленъ дренажъ; т-ра поднялась. На 15 д. полное заживленіе брюшной раны; съ этого дня моча идетъ нормально. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. на 25 д.	
…нажъ пузыря. … рану брюш… стѣнки шел…ые швы до …нажа. Таже … повязка.	Небольшое повышеніе т-ры первые дни. Осложненій нѣтъ. На 14 д. удаленъ дренажъ; на 20 д. моча идетъ нормально; рана вполнѣ закрылась.	Вызд. черезъ 49 д.	
…ъ же уходъ.	Первые дни черезъ дренажъ выдѣляется сукровичная моча. На 5 д. сняты швы брюшной раны. На 8 д. лихорадоч. состояніе. На 10 д. удаленъ дренажъ; на 20 д. полное заживленіе брюшной раны; на 29 д. моча идетъ нормально. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 27 д.	

205	» 1885.	9 л. $^1/_2$ г.	Частыя, болѣзненныя, кровавыя мочеиспусканія.			Уро-ф фатъ 9 3×2,
206	» 1885.	14 л. 7 л.	Болѣзненныя мочеиспуск. Моча прозрачна, вытекаетъ по каплямъ.			Оксаля 15,2 3,8×2
207	» 1885.	8 л. $5^1/_2$ л.	Боли при каждомъ мочеиспусканіи. Мочи выдѣляетсянемного, иногда каплями. Моча мутна; бѣлокъ.			Урат 6,1. 2,7×[illegible]
208	» 1885.	3 л. 2 г.	Слабъ. Кричитъ при каждомъ мочеиспусканіи. Мочи мало, она мутна.			Фосфат 4,62 3,3×1
209	» 1886.	2 л. 1 г.	Крѣпкій мальчикъ. Кричитъ при каждомъ мочеиспусканіи. Моча мутна, щелочна.			Фосфа 3,56 2,2×1
210	» 1887.	16 л. 14 л.	Болѣзнен. и частыя мочеиспусканія.	Пузырь налитъ. Кальпейринтеръ.		Фосфа 55,7 4,6×
211	» 1887.	30 л. 2 г.	Питанія хорошаго. Мочеиспусканіе болѣзненно. Моча прозрачна.			Уро-ф фатъ 32,3. 4,3×
212	» 1887.	19 л. 2 г.	Крѣпкій. Болѣзненныя и частыя мочеиспуск.; въ мочѣ часто кровь. Моча мутна, щелочна.			Фосфат 10,6 3,7×2

ъ же уходъ.	На 2 и 3 д. т-ра повышена; боли въ животѣ. На 8 д. сняты швы и удаленъ дренажъ. На 21 д. моча идетъ нормально; рана зарубцевалась.	Выызд. на 26 день.
ъ же уходъ.	На 2 д. высокая температура и болѣзненность живота. Онъ вздутъ, рвота; смерть. Вскрытія не было.	Умеръ на 2 д.
ъ же уходъ.	На 2 и 11 д. лихорадка; остальное время т-ра нормальна. На 6 д. сняты швы брюшной раны; она разошлась; нагноеніе. На 10 д. удаленъ дренажъ; черезъ 13 д. рана брюшная выполнилась хорошими грануляціями; на 24 д. совершенно зарубцевалась. Въ этотъ д. съ мочей показался песокъ; моча идетъ нормально. На 26 д. взятъ родителями, не окончивъ леченія.	Выписанъ черезъ 26 д. не окончивъ леченія.
ъ же уходъ.	Два д. послѣ операціи лихорадочное состояніе. На 4 д. снято нѣсколько швовъ раны брюшной стѣнки, а на 6 д. и остальные; на 8 д. удаленъ дренажъ. На 12 д. рана выполнилась хорошими грануляціями; на 16 д. отекъ и краснота praeputii. На 19 д. моча идетъ нормально, рана зарубцевалась. Вполнѣ выздоровѣлъ.	Выызд. черезъ 30 д.
ъ же уходъ.	Высокая т-ра. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ. Повязка промокла сукровичной мочей. На 4 д. сняты нѣкоторые швы брюшной раны. На 5 д. смерть. Вскрытія не было.	Умеръ на 5 д.
ъ же уходъ, на 30 д. листеровская повязка замѣнена іодоформной.	На 5 д. швы брюшной раны удалены. На 8 д. удаленъ дренажъ. Черезъ 30 д. изъ раны обильное отдѣленіе зловоннаго гноя. Небольшая лихорадка почти все время; постепенно слабѣетъ, тошнота, рвота; сильныя боли въ животѣ и области почекъ. Вскрытія не было.	Умеръ на 40 день.
ъ же уходъ	Постоянная тошнота, по временамъ рвота; сильное вздутіе живота; т-ра мало повышена. Черезъ дренажъ кровавая моча. Вскрытія не было.	Умеръ на 5 д.
ъ же уходъ.	По вечерамъ т-ра изрѣдка повышена. На 8 д. сняты швы; вынутъ дренажъ. На 49 д. моча идетъ нормально; къ этому дню полное заживленіе раны. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Выызд. черезъ 52 д.

213	» 1888.	11 л. 5 л.	Крѣпкій. Болѣзнен. и затрудн. мочеиспуск. Моча прозрачна.			Урат 88,(5,6×
214	» 1888.	9 л. 3 г.	Посредственнаго питанія. Тоже, но моча мутна. щелочна.		Камень раздробленъ.	Фосф ядро ты. 1 Болы кусо 3,2×2
215	Кадіянъ. Симбирская земск. больн. 1885.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна до и послѣ операціи.	Пузырь наливался раствор. борной кислоты. пока не получалась ясная припухлость надъ лономъ. Пузырь наливался чрезъ катетръ, который оставлялся въ пузырѣ; на катетръ резиновая трубка съ зажимомъ. Дойдя послойно до пузыря, осторожно отсепаровывалась околопузырн. жирная клѣтчатка па(л)ь цемъ или тупымъ инструментомъ. Пузырь захватывался острымъ крючкомъ и удерживался 2 лигатурами. Нѣсколько д. до операціи ванны; наканунѣ операціи слабительное или въ самый д. промывательное; кромѣ того ванна.		Урат 0,7
216	» 1885.	8 л. 1 г.	Моча кислая, содержитъ гной.			Урат 5,0
217	» 1885.	3 л. 1 г.	Моча нормальная до и послѣ операціи.			Урат 0,8
218	» 1885.	2 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			1,3× 0,8
219	» 1885.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Два ур 1,0×
220	» 1885.	5 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Урат 1,3
221	» 1885.	22 л. 2 л.	Сильно истощенъ. Поносы. Моча съ гноемъ и кровью. Рецедивъ камня.		Трудное извлеченіе камня изъ дивертикула; раздробился.	Уро-ф фат 30,(
222	» 1886.	Съ 1 г. 4 м.	Моча нормальна.			Урат 1,(1,7×
223	» 1886.	Съ 1 г. 5 м.	Моча съ примѣсью гноя.			Мочек солп.

ь же уходъ, повязка іодоформная.	Все время лихорадка, сильныя боли въ животѣ; тошнота и рвота. Через рану выдѣляется сукровичная моча. Смерть на 6 д. **Вскрытія не было.**	Умеръ на 6 д.	
нажъ пузыря. рану брюш стѣнки швовъ *ьтановскаго.* измѣненная стеровская повязка.	Все время лихорадка значительная. Сильныя боли въ животѣ съ тимпанитомъ и сильной рвотой. Смерть на 3 д. **Вскрытіе.** Peritonitis septica.	Умеръ на 3 д.	
нажъ пузыря. рану брюш стѣнки швы ренажа. Проаніе пузыря ко до опера. Іодоформъ; формн. марл., подушки съ лемовыми лками. По а вся мѣняь 2 раза въ , вата какъ ько промокъ. Первые положеніе на отѣ. Въ тѣхъ ч., гдѣ эта зка вызыва кзему, переили къ открыу леченію.	Безъ лихорадки и осложненій.	Вызд. черезъ 19 д.	Дневникъ 1-го Съѣзда Русск. Врачей. Хир. Вѣстн. 1888.
	Лихорадилъ 3 д.; боль въ животѣ (cystitis); экзема живота.	Вызд. на 18 день.	Письмо д-ра Кадіяна отъ 14/x 1888.
	Безъ лихорадки; экзема живота.	Вызд. на 19 день.	
	Безъ лихорадки; экзема живота.	Вызд. на 18 д.	
	Безъ лихорадки; экзема живота.	Вызд. черезъ 17 д.	
	Слегка лихорадилъ; нѣсколько дней 38 съ десятыми.	Вызд. на 12 д.	
	Брюшная рана разошлась. Ежедневныя промыванія пузыря черезъ дренажъ и катетръ. Моча гнойная. Первые 6 д. лихорадилъ, послѣдніе д. т-ра ниже нормы. Нагноеніе вокругъ пузыря. Colitis suppur. Смерть. Примѣчаніе. Въ 1879 г. сдѣлана боковая литотомія.	Умеръ на 16 д.	
	Безъ лихорадки; экзема живота.	Вызд. черезъ 24 д.	
	Безъ лихорадки; экзема живота.	Вызд. черезъ 13 д.	

224	» 1886.	5 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Урат... 0,...
225	» 1886.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Урат... 1,... 1×0...
226	» 1886.	5 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Урат... 3,7...
227	» 1886.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.		Въ верхнемъ углу раны—брюшина.	Урат... 1,...
228	» 1886.	1 г.	Моча содержитъ гной и кровь.			Урат... 0,...
229	» 1888.	5 л. Съ 1 г.	Моча содержитъ гной и кровь.			Урат... 1,...
230	» 1888.	4 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Мочек... соли. ... 2,4×... 1,...
231	» 1888.	4 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Мочек... соли ... 1×0... 0,...
232	» 1888.	8 л. 2 л.	Моча нормальна.	Наливаніе пузыря. Кольпейринтеръ.		Мочек... соли. ... 2,2×... 1,...
233	Шмитцъ. С.-П. Дѣтская больн. Принца Ольденбургскаго. 1881 г.	$3^1/_2$ л. $2^1/_2$ г.	Питанія средняго; страданія умѣренныя; по временамъ prolapsus ani. Катарра пузыря нѣтъ.	Промыванія и наливаніе пузыря 3% раств. борной кислоты до тѣхъ поръ, пока верхушку пузыря можно констатировать пальпаціей и постукиваніемъ посрединѣ между лономъ и пупкомъ. Дойдя до пузыря, съ величайшей осторожностью, обнажали его переднюю стѣнку и удерживали пузырь шелковой лигатурой. Пузырь вскрывался сразу; въ случаѣ нужды разрѣзъ расширялся		3,... 2,1×... 1,...
234	» 1881.	4 л. Около 2 л.	Рахитикъ; плохо упитанъ. Умѣрен. страданія при сильномъ катаррѣ пузыря.		Сильное кровотеченіе.	3,... 2,2×1... 1,4...

	Первые 2 д. лихорадилъ. Выписался изъ больницы, не окончивъ леченія вполнѣ.	Выписанъ на 8 д.	
	На 2 д. повышеніе т-ры; экзема живота.	Вызд. черезъ 20 д.	
	Безъ лихорадки.	Вызд. черезъ 13 д.	
	Со 2 д. явленія peritonitidis. Смерть на 3 сутки.	Умеръ на 4 д.	
	Съ 4 д. явленія peritonitidis. Смерть на 6 день.	Умеръ на 6 д.	
	Первые 3 д. лихорадилъ; экзема живота.	Вызд на 19 д.	
е повязка, но ьсто опилокъ емовая вата.	Первые д. небольшая лихорадка.	Вызд. на 12 д.	
	Безъ лихорадки. -	Вызд. на 10 д.	
е, но промы- ія пузыря 6 дней.	Лихорадилъ 6 д. Рана брюшная разошлась; нагноеніе въ околопузырной клѣтчаткѣ.	Вызд. на 21 д.	
за дренажа: ъ въ пузырь, гой въ пред- зырное про- ранство. На борные ком- ссы. Положе- на животѣ ереносится гьми прево- ходно). До д. дня каж- ie 3, 4 часа мыванія пу- зыря.	Дренажи удалены на 1 и 3 д. Безъ лихор. до 5 д.; съ этого дня умѣренная лихор. въ теченіи 9 д. Pericystitis съ отхожденіемъ черезъ рану большаго куска омертвѣлой клѣтчатки. Моча пошла нормально на 8 д.; черезъ 11 д. рана пузыря вполнѣ закрылась.	Вызд. черезъ 23 д.	A. Schmitz. Archiv. f. klin. Chirurg. 1886. Band. 33. Heft 2.
важъ пузыря. ть брюшной нки сшита. е компрессы. мыванія пу- я первые 3 Іоложеніе на животѣ.	Сильное послѣдоват. кровотеченіе. Безъ лихорадки. Дренажъ удаленъ на 4 д.; на 6 д. моча пошла нормально; на 10 д. рана пузыря вполнѣ закрылась.	Вызд. черезъ 14 д	

235	» 1881.	2½ г.	Питанія умѣреннаго. Сильныя страданія.	внизъ. До операціи больные подготовлялись исключительно молочной діэтой, ваннами; наканунѣ операціи тщательное очищеніе кишечника и дезинфекція пузыря.		8,0 2,8×2 1,6
236	» 1881.	3½ л.	Слабъ, сильно исхудалъ. Сильная странгурія, prolapsus ani. Моча нейтральной реакціи. Слегка лихорадитъ.		Сильное кровотеченіе. За 7 д. до sect. altae сеансъ литотритіи. Камень и осколки удалены легко.	6,0 2,8×2 1,7
237	» 1881.	4 л. 2 г.	Питаніе среднее Значительныя страданія. Гнойная моча, нейтральной реакціи.			2,0 1,8×1 1,3
238	» 1881.	7 л.	Сильное исхуданіе. Недержаніе мочи. Моча мутная, щелочная. Лихорадитъ.		Извлеченіе камня не легко; онъ помѣщался плотно въ шейкѣ пузыря.	11, 5,5×2 2,[illegible]
239	» 1882.	5 л. 3 г.	Крѣпкаго сложенія; страданія умѣренныя. Моча кислой реакціи; по временамъ легкая муть.			Фосфа ядр мочек сол 7,0 2,8×2 1,6
240	Поповъ. 1882.	2 г. 2½ м.	Крѣпкаго сложенія. Моча кислой реакціи; мутна. Мочится по каплямъ.			Уро-ф фат 3,0 2,1× ×1,
241	Шмитцъ. 1882.	3 л. ¾ г.	Хорошо упитанъ. Моча очень мутна, но кислой реакціи. Умѣренныя страданія.			4,0 2,2× 1,6

…тъ же уходъ.	Первоначально сильное безпокойство; затѣмъ апатія. Т-ра 37. Черезъ 4 ч. послѣ операціи сильное послѣдоват. кровотеченіе; остановилось скоро; одновременно сильная рвота. Всевозможн. возбуждающія. Смерть черезъ 19 ч. **Вскрытіе.** Кровяное пропитываніе околопузыр. клѣтчатки. Пузырь пустъ. Никакихъ слѣдовъ перитонита. Внутр. органы слегка блѣдны.	Умеръ черезъ 19 ч.	
…дренажа; въ …альномъ тоже.	Первые 6 д. безъ лихорадки. Дренажъ пузырный удаленъ черезъ 4 д., второй—черезъ 5 д. На 7 д. высокая (40,3) т-ра въ теченіи 4 д. Вновь дренажъ и тщательное промываніе пузыря черезъ катетръ. На 10 д. отошелъ д. значительный осколокъ камня. На 20 д. моча пошла нормально; на 23 д. рана пузыря вполнѣ зарубцевалась.	Вызд. черезъ 32 д.	
…тъ же уходъ.	Умѣренная лихорадка съ 2 до 4 д. На 2 д. эритема. Дренажи удалены на 5 и 9 д. Моча пошла нормально на 10 д., на 24 д. вполнѣ закрылась рана пузыря.	Вызд. черезъ 36 д.	
…два дренажа, …ъ раньше, но …сть брюшной …ы сшита. Въ …альномъ тоже.	Первые 5 д. умѣренная лихорадка. Небольшое омертвѣніе клѣтчатки. Дренажи удалены на 5 д. На 4 д. черезъ дренажъ вышелъ небольшой осколокъ камня. На 10 д. моча пошла нормально; черезъ 15 д. рана пузыря вполнѣ закрылась.	Вызд. черезъ 29 д.	
…тъ же уходъ.	Подлихорад. т-ра съ 2 до 4 д. Швы и дренажи удалены на 6 д. Prima. Моча пошла нормально черезъ 10 д.; черезъ 24 д. рана пузыря закрылась вполнѣ.	Вызд. черезъ 25 д.	
…тъ же уходъ.	Умѣренная лихорадка съ 2 д. и до самой смерти. Дренажи удалены на 4 и 5 д. Упорная рвота съ перваго д. На 3 д. erysipelas, на 5 д.—peritonitis. **Вскрытія**, по просьбѣ родителей, не было.	Умеръ черезъ 6 д.	
…тъ же уходъ.	Безъ лихорадки и осложненій. Дренажи удалены черезъ 3 д. На 8 д. моча пошла нормально; черезъ 13 д, рана пузыря закрылась	Вызд. черезъ 14 д.	

242	Поповъ 1883.	6 л.	Блѣденъ, но хорошо упитанъ. Моча очень мутна, слегка щелочная.			6 0 2,8× ×1,
243	› 1883.	6 л. 4 л.	Хорошо упитанъ. Страданія умѣренныя; prolapsus ani. Моча мутная, кислой реакціи.		Камень сидѣлъ плотно въ шейкѣ пузыря; приподнятъ пальцемъ per rectum.	2,7× ×1,
244	Шмитцъ. 1884.	5 л.	Крѣпкаго сложенія. Страданія непостоянны, умѣренныя. Моча нѣсколько мутна, кислая. Prolapsus ani.			4,0 2,2× ×0,
245	Гейкингъ. 1884.	3 л. 2 г.	Средняго питанія; почти никакихъ страданій. Непроизвольное мочеиспусканіе. Моча кислая, легкая муть.			5,0 2,5×2 1,5
246	Шмитцъ. 1884.	3 л. 2 г.	Хорошо развитъ. Сильныя боли при мочеиспусканіи; оно прерывистой струей. Prolapsus ani. Моча содержитъ много слизи; кислая.	Пузырь налитъ растворомъ сулемы (1:1000).	Весьма значит. кровотеченіе: 8 лигатуръ.	Урат 8,0 3,1×2 1,7
247	› 1884.	5 л. 4 м.	Слабъ, исхудалъ. Весьма болѣзненное мочеиспусканіе слабой струей. Моча кислой реакціи, слегка гнойная.	Пузырь налитъ раств. борной кислоты.		Урат 4,0 2,1× ×1,

ъ же уходъ	Вечеромъ въ д. операціи т-ра внезапно поднялась до 40,2; послѣ тщательнаго промыванія пузыря (моча съ гноемъ) пала къ нормѣ. Безъ осложненій. Дренажи удалены на 5 д. Моча пошла нормально черезъ 2 д.; черезъ 9 д. рана пузыря закрылась вполнѣ.	Вызд. черезъ 26 д.
ъ же уходъ.	Легкая лихорадка (maxim. 38,7) съ 1 д. до самой смерти. Съ 3 д. рвота, безпокойство; на 4 д. удалены дренажи. Смерть. **Вскрытіе.** Никакого намека на перитонитъ. Небольшой гнойный фокусъ между лономъ и стѣнкой пузыря. Рѣзкая гипертрофія пузыря. Мочеточники и почечныя лоханки сильно расширены. Почки нормальной величины; капсула снимается съ трудомъ. Многочисленныя, ограниченныя соедин. тканныя разращенія, почему поверхность почекъ сморщена.	Умеръ черезъ 4 д.
ъ же уходъ.	Легкая лихорадка на 2, 3 д. Дренажъ удаленъ на 6 д. По удаленіи дренажа легкія вечернія повышенія т-ры. Моча пошла нормально на 7 д.; на 20 д. рана пузыря зарубцевалась вполнѣ.	Вызд. черезъ 26 д.
ъ же уходъ. омыванія пуя растворомъ сулемы.	Безъ лихорадки и осложненій. Дренажъ удаленъ на 5 д. Моча пошла нормально на 7 д.; на 27 д. рана пузыря зарубцевалась вполнѣ.	Вызд. черезъ 32 д.
ъ же уходъ, же промыва- кромѣ того емовыя компрессы.	Моча окрашена кровью 3 д. Пошла нормально черезъ 2 д. Дренажи удалены на 4 д.; т-ра только въ д. операціи поднялась до 38,3. На 15 д. рана пузыря закрылась вполнѣ.	Вызд. черезъ 28 д.
ь же уходъ. мыванія суовымъ раств., рый вскорѣ ѣненъ бор- іъ. На рану оловая губка.	Сильное безпокойство. Ночью значит. послѣдоват. кровотеченіе изъ раны; оно оказалось паренхиматоз. и остановилось отъ приложенія льда. Т-ра 36,7—37. Бурная рвота съ перваго вечера до самой смерти. **Вскрытіе.** Легкая флегмоноз. инфильтрація непосредственно въ окружности пузыря. Незначит. cystitis, pyelitis, colitis. Внутренніе органы слегка блѣдны. Брюшина вездѣ чиста, не повреждена. Легкая гиперэмія почекъ.	Умеръ черезъ 3 д.

248	» 1884.	10 л. 3 г.	Плохо упитанъ. Страшныя мученія. Моча постоянно по каплямъ. Она нейтральная; при стояніи—осадокъ изъ гноя и фосфатовъ; вонючая.	Пузырь не могъ быть налитъ достаточно, такъ какъ камень, крѣпко сидѣвшій подъ лономъ, не пропускалъ вполнѣ катетра. Разрѣзъ пузыря въ 7 с.	Верхняя часть камня отломилась, нижняя съ трудомъ раздроблена.	Ядр оксаля фосфат урат затѣ фосфа ураты оксаля 51,0 7,1×5 3,4.
249	» 1884.	$2^3/_4$ л. 2 г.	Питаніе сносно. Мочится по каплямъ съ сильными болями. Катарра пузыря нѣтъ.			Урат 11,5 3,2× ×1,9
250	» 1885.	7 л. 4 л.	Плохое питаніе. Значит. dysuria. Моча кислая, содержитъ гной.			Фосфа 15,0 3,3× ×1,3
251	» 1885.	3 л. Съ рожд.	Слабаго сложенія. Умѣренныя страданія. Моча кислая, слегка гнойная.			Два кам ураты каждый горо шпн
252	Плотниковъ. 1885.	11 л. 8 л.	Сильно исхудалъ. Недержаніе мочи. Сильныя страданія. Моча щелочна, вонюча; много гноя.		Сильное кровотеченіе изъ сил. гипертроф. стѣнки пузыря. Камень раздробился; извлеченіе осколковъ долго.	Фосфа съ ку ное яй
253	Шмитцъ. 1885.	4 л. $3^1/_2$ г.	Хорошо упитанъ. Моча слегка мутна, немного гноя, кислая. Кристал. щавелев. извести.			1,1. 1,3×1 ×0,9
254	» 1885.	9 л. 6 л.	Исхуданіе. Моча кислая, мутная, съ гноемъ. Кристал. мочевой кислоты.			Мочев кисло фосфат щаве. кисл. 3.9×2, 2,0.

енажъ пузыря. ана брюшной ѣнки не сши- Карболовая јка. Промыва- я пузыря ра- вор. борной слоты; іодо- формъ.	Дренажъ удаленъ черезъ 3 ч. послѣ операціи. Во время сильной рвоты черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи замѣчено въ ранѣ выпаденіе 2-хъ петель кишекъ. Разрывъ брюшины (въ 3 сант.) зашитъ кэтгутомъ. Рвота (отъ хлороформа) до слѣдующаго утра. Умѣренная лихорадка до 2 недѣли. На 17 д. моча пошла нормально; на 70 д. рана пузыря закрылась вполнѣ. Примѣчаніе. Спустя 4 м., во время брюшнаго тифа, рубецъ разошелся; образовался свищъ; зажилъ черезъ 2 м.	Выздор. черезъ 75 д.	
і дренажа. На ану брюшной нки швовъ. Въ альномъ тоже.	Легкая лихорадка съ 2 по 5 д. На 3 д. скарлатинозная сыпь. Дренажъ удаленъ на 5 д. Prima брюшной раны. На 15 д. рана пузыря закрылась вполнѣ. По желанію родителей, выписанъ съ невполнѣ зарубцевавшейся раной.	Выпис. черезъ 42 д.	
тъ же уходъ.	Безъ лихорадки и осложненій. Prima intentio брюшной раны до дренажей. Дренажи удалены на 4 д. Моча пошла нормально на 6 д.; рана пузыря вполнѣ закрылась на 14 д.	Выздор. черезъ 17 д.	
тъ же уходъ.	Первые 3 д. безъ лихорадки. Дренажъ удаленъ на 4 д. По удаленіи дренажа 5 д. незначит. лихорад. Осложненій никакихъ. Моча нормально черезъ 14 д., рана пузыря вполнѣ закрылась на 29 д	Выздор. черезъ 35 д.	
тъ же уходъ.	Безъ лихорадки. Prima intentio брюшной раны до дренажей. Дренажъ удаленъ на 5 д. Моча нормально на 12 д.; рана пузыря вполнѣ зарубцевалась черезъ 28 д.	Выздор. черезъ 31 д.	
рану пузыря въ кэтгутомъ *Тилингу.* На ану брюшной нки швовъ до енажа. Безъ етра à demeu- . Антисепт. вязка—сулемовая.	На 3 д. моча просачивается черезъ рану. Безъ лихорадки. На 16 д. моча нормально. Безъ осложненій; выздоровѣлъ вполнѣ.	Выздор. черезъ 23 д.	Письмо д-ра Шмитцъ отъ 19/XI 1888.
стичный швовъ узыря шел- комъ. Рана юшной стѣн- и не сшита. енажъ. Сали- . компрессы.	На 2 д. т-ра однажды 38,1, затѣмъ безъ лихорадки. На 18 д. моча пошла нормально; безъ осложненій.	Выздор. черезъ 41 д.	

255	› 1885.	5 л. 3 г.	Питаніе плохо. Моча мутна, нейтральна, много слизи и гноя. Кристал. мочевой кислоты			Состаı что и предı дущеı случа 7,5. 3,1×1 ×1,9
256	› 1885.	9 л. 6. л.	Рецедивъ камня. Моча прозрачна, нейтральна.			Фосфа и ура 4,3. 2,6×1 ×1,3
257	Грубертъ. 1886.	4 л. 2 г.	Умѣреннаго питанія. На правой шеи туберкул. язва. Моча мутная, кислая; слѣды бѣлка; умѣренный слизисто-гнойный осадокъ.		Складка брюшины прирощена къ лону. Брюшина отдѣлена и отодвинута вверхъ. Стѣнки пузыря очень тонки.	Ураты фосфат яйцеви формı 3,5×2 1,9.×
258	› 1886.	7 л. 3 г.	Хорошаго питанія. Моча очень мутна, кислая; слѣды бѣлка. Въ осадкѣ: слизь. гной, кровь, кристал. трипль фосфат и эпителій.			Ураты (преим ществе но), яй видноі формь 1,2×1 ×2.

а дренажа: въ зырь и пред- зыр. простран- зо Ранабрюш- ой стѣнки не ита. Салицил. мпрессы. По- женіе на животѣ.	Легкая лихорадка 6 д. (maxim. 38,2). На 20 д. моча нормально. Въ концѣ 5 д. съ еще незакрывшейся раной переведенъ въ коревое отдѣленіе, гдѣ умеръ отъ pneum. catar. **Вскрытіе.** Pyelonephritis bilateralis.	Умеръ на 35 д.	
ть же уходъ. мпрессы борные.	Безъ лихорадки. Моча пошла нормально на 13 д.; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 20 д.	
пузырь швовъ лкомъ по *Ти- нту.* Непре- вный кэтгуто- ый швовъ для динненія пред- зырной клѣт- ки. Тампона- раны брюш- ой іодоформ. олей. Катетръ demeure. Че- зъ 2 д. рана юшной стѣн- і сшита вто- ичнымъ швомъ. Дренажъ.	Непродолжительная высокая т-ра. Черезъ 7 д. удалены швы и тампоны, срощеніе до тампоновъ. Моча не идетъ черезъ рану. На 25 д. удаленъ катетръ, такъ какъ моча идетъ нормально; черезъ 30 д. рана вполнѣ зарубцевалась. **Примѣчаніе.** Черезъ 10½ м. послѣ операціи поступилъ съ явленіями задержанія мочи. Причина этого заключается въ томъ, что сейчасъ же позади fos. navicularis находилось нѣсколько конкрементовъ-фосфатовъ, ядро которыхъ состояло изъ 3-хъ узловат. и непрерывнаго шелковыхъ швовъ. Камни извлечены.	Вызд. черезъ 30 д.	Grubert, St. Petersb. med. Wochens. 1887.
ть же уходъ.	Почти безъ лихорадки (разъ только 38,4). На 2 д. завязанъ вторичный шовъ. Моча не идетъ въ рану; удаленъ (для очистки) катетръ; вставленъ снова послѣ вспрыскиванія въ уретру 4% раств. кокаина: мѣшали судорожн. сокращенія уретры. На 8 д. повязка промокла мочей; рана брюшная зажила до тампоновъ; удалены швы и катетръ. Компрессы. Рана разошлась на всемъ протяженіи; т-ра поднялась до 38,4. На 16 д. абсцессъ небольшой около шва брюшной стѣнки. На 33 д. отчасти моча нормально. На 41 д. черезъ свищевой ходъ отошелъ узловатый шовъ; свищъ закрылся. Выписанъ здоровымъ. Черезъ м. оперированный снова въ больницѣ по случаю открывшагося свища надъ лобкомъ. Нѣсколько разъ онъ то закрывался, то снова появлялся. Вполнѣ выздоровѣлъ черезъ 8 м.	Вызд. черезъ 46 д.	Тамъ-же. **Примѣчаніе** д-ра Шмитцъ (въ письмѣ отъ 17/XI) «ренокъ снова находится на излеченіи; рана зажила вполнѣ; моча слегка катарральна».

259	Шмитцъ.	5 л. $1^1/_2$ г.	Хорошее питаніе. Моча слабокислая; осадокъ гноя.	Пузырь налитъ 3% растворомъ борной кислоты; въ кольпейринтеръ 90 к. с. того-же раств.		Фосфат[illegible] 14.0 3,0×2[illegible] ×2,5[illegible]
260	»	3 л. Болѣе 1 г.	Отличное питаніе. Моча слабокислая; осадокъ изъ гноя, фосфатовъ. Сильное гноетеченіе изъ ушей.	Пузырь налитъ; въ кольпейринтеръ 120 к. с. борной кислоты.	Довольно обильное кровотеченіе.	Моче[illegible] кисл. [illegible] 1,2×1[illegible] ×0,7[illegible]
261	»	7 л. 3 г.	Питаніе плохо. Моча мутная отъ слизи; гнойный осадокъ; моча нейтральна.	Пузырь налитъ растворомъ борной кислоты.	Довольно сильное кровотеченіе изъ стѣнки пузыря.	Два ура[illegible] 11,5. 7,4. 3,1×2,[illegible] 2,1. 2,5×2[illegible] 1,7.
262	»	$3^1/_2$ л. 8 м.	Хорошо упитанъ. Моча прозрачна, кислая.			Фосфа[illegible] и окс[illegible] ляты. 1[illegible] 2,4×1[illegible] ×0,9[illegible]
263	»	7 л.	Сильно исхудалъ. Моча съ легкимъ гнойнымъ осадкомъ.			1,0. 1,3×1, ×0,8.
264	»	2 л. 1 г.	Сложеніе и питаніе слабо. Моча мутна; слизисто-гнойный осадокъ; нейтральна.		Складка брюшины приращена къ лопу; отдѣлена ножемъ.	Два кам[illegible] Оба 6,[illegible] 2.2×1[illegible] ×1,8. 1,9×1, ×1,1.
265	»	3 л. 2 г.	Хорошее питаніе. Моча кислая, со слизью и гноемъ.		Довольно обильное кровотеченіе.	Мочева[illegible] кислот[illegible] 6,5.

узырь шовъ гутомъ по *нку*. На рану шной стѣнки ь до дренажа. зъ катетра demeure. ные компрессы.	Въ тотъ же вечеръ моча просочилась въ рану. Безъ лихорадки. На 12 д. моча нормально; безъ осложненій.	Вызд. на 20 д.	Тоже письмо д-ра Шмитцъ.
ажъ пузыря. а брюшной ки не зашиБорные комссы. Положе на животѣ.	Со стороны раны все хорошо. Сильная лихорадка до самой смерти; сильные поносы; stomatitis, otorrhoea. Причина смерти septicaemia (ex otitide media). **Вскрытіе.** Cystitis, pyelitis levis dext., enteritis et colitis; hyperaemia cerebri et meningitis; otitis media purulenta.	Умеръ черезъ 14 д.	
а дренажа, и раньше. рану брюшстѣнки швы ренажей Боркомпрессы. ложеніе на животѣ.	Безъ лихорадки. На 15 д. моча нормально; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 27 д.	
ь же уходъ.	Безъ лихорадки. На 6 д. моча нормально; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 36 д.	
ъ же уходъ.	Безъ лихорадки и осложненій. Моча нормально черезъ 11 д.	Вызд. черезъ 37 д.	
ь же уходъ.	Первые 4 д. т-ра до 40,3, а затѣмъ безъ лихорадки Никакихъ осложненій. Выписанъ съ нормальной мочей.	Вызд. черезъ 16 д.	
ь же уходъ.	Лихорадитъ 2 недѣли, вслѣдствіе influenza. На 14 д. моча нормально; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 27 д.	

266	»	2 л. Съ рожд.	Дурное питаніе. Моча нейтральная, гнойная.		Сильное кровотеченіе.	19, 4,2×, ×2,
267	Иршикъ. Дѣтск. больн. Св. Владиміра. Москва. 1884—1886.	2 л 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Пузырь и кольпейринтеръ наливались отъ 80—160 к. с. раств. сулемы (1:5000) или 2°/o раствор. борной кислоты.	Камень раздробился.	Фосф Оско вѣс 5,
268	»	$3^1/_2$ г. $1^1/_2$ г.	Моча мутная, кислая, безъ бѣлка.	Вмѣсто обыкновеннаго кольпейринтера употреблялся мягкій катетръ съ надѣтой на немъ мягкой гутаперч.		Фосфа яд ура 9, 2 × ×
269	»	12 л. Нѣсколько л.	Моча кислая, безъ бѣлка.	тканью, которая и расширялась по мѣрѣ наливанія раствора. Кожный разрѣзъ 4,5 с. послойно.		Оксал 3, 1,5× ×
270	»	8 л. Болѣе 2 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Пузырь захватывался 2 острыми крючками; разрѣзъ дѣлался между 2 лигатурами		Оксал 0,2
271	»	10 л. 2 г.	Моча мутная, кислая; бѣлокъ.	кэтгута. Передъ операцій тщательное приготовленіе больнаго. Послѣ операціи про-		Оксал 1, 1× 1,
272	»	6 л. 2 г.	Моча мутная, нейтральная; содержитъ гной и бѣлокъ.	мыванія пузыря 2°/o растворомъ борной кислоты или сулемой (1:5000).	Камень раздробился.	Фосф яд ура 11,
273	»	5 л. $1^1/_2$ г.	Моча слабокислая; бѣлокъ.			Оксал 2, 1×1,
274	»	4 л. 2 г.	Моча кислая, бѣлокъ.			Ура 20, 3×3, 1,

ь же уходъ.	Незначит. лихорадка (maxim. 38,1). На 2 д. рвота; колляпсъ; смерть. **Вскрытіе.** Cystitis gravis; nephritis interstit. levis; мочеточники немного расширены; нѣтъ признаковъ phlegmone et peritonitidis *(Causa mortis?).*	Умеръ на 3 д.	
пузырь кэт- вый (№ 1) ь по *Тилин-*. На рану шной стѣнки зъ до дрен.	На 2 д. катетръ выпалъ; вставленъ новый и оставался до самой смерти. На 3 д. моча въ ранѣ. Въ д. операціи т-ра нормальна, остальные — 39, 39,7. Смерть. **Вскрытія** не было, но по признакамъ (боль въ животѣ, рвота) peritonitis.	Умеръ черезъ 3 д.	Березкинъ Труды 2 Съѣзда Русск. Врачей.
тетръ à de- ге. Атисеп. повязка. пузырь кэт- вый шовъ по *ксимову*. Въ стальномъ тоже.	Безъ лихорадки; не задолго до смерти 38. Катетръ оставался до самой смерти. На 3 д. повторная рвота (ртомъ вышла круглая глиста), наступилъ ціанозъ, пульсъ пропалъ; смерть. **Вскрытіе.** Ничего, кромѣ жироваго перерожденія сердца.	Умеръ черезъ 2 д.	
пузырь кэт- овый шовъ *Тилингу*. остальномъ тоже.	Первые 2 д. т-ра повышена. Prima intentio пузырной раны. Катетръ удаленъ на 7 д.	Вызд. на 12 д.	
пузырь кэт- вый швовъ по *ксимову*. Въ стальномъ тоже.	Первые 5 д. т-ра не выше 38, затѣмъ до 40. Pneum catar. Prima intentio пузырной раны. Катетръ удаленъ на 4 д.; на стѣнкахъ катетра обильное отложеніе мочекислыхъ солей.	Вызд. почти черезъ 60 д. отъ pneum cat.	
пузырь кэт- овый шовъ *Тилингу*. Въ стальномъ тоже.	Prima intentio пузырной раны. Катетръ удаленъ на 4 д. Недѣлю т-ра была слегка повышена; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 11 д.	
пузырь кэт- зый шовъ по *ксимову*. Въ льномъ тоже.	На 3 д. катетръ выпадалъ 2 раза. На 4 д. уретритъ. На 15 д. черезъ рану вставленъ въ пузырь дренажъ; при промываніи черезъ него выходитъ много гноя. На 20 д. боль въ правой поясничн. области, которая оставалась до самого выхода изъ больницы. Все время т-ра до 40.	Выписанъ съ невполнѣ зарубцевавшейся раной.	
ь же швовъ. остальномъ тоже.	Первые 3 д. т-ра до 38, затѣмъ нормальна. Катетръ удаленъ на 4 д. На 14 д. моча немного черезъ рану.	Вызд. черезъ 20 д.	
ь же швовъ. остальномъ тоже.	Первые 3 д. температура 37,7, остальные 38,8—40. Катетръ удаленъ на 4 д. Prima intentio пузырной раны. На 6 д. сильная боль въ области почекъ; на 8 д. смерть.	Умеръ черезъ 7 д.	

275	»	$3^1/_2$ л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Фосфа 4,0 2,2×1 0,8
276	»	7 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 3,0 2,2×1 1,0
277	»	4 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Камень раздробился.	Фосфа 7,0
278	»	$3^1/_2$ г. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 2,0 1,5×1 0,7
279	»	4 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 5,0 3×2, 1,7
280	»	$4^1/_2$ л. 9 м.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 0,5 0,5×0 0,3
281	»	7 л. 1 г.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.		Камень раздробленъ.	Фосфа Оскол 15,(
282	»	4 л. 1 м.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.			Фосфа 5,2 2,2×2
283	»	6 л. 1 г.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.			Урат 4,0 ,3×1 1,5
284	»	10 л.	Моча щелочная, безъ бѣлка.			Уро-ф фат 43, 5,2× 2,5

	Вскрытіе. Рана пузыря срослась. Кэтгутъ не всосался. Мочеточники сильно растянуты; обѣ почки увеличены: лоханки растянуты и наполнены гноемъ. Слизист. оболочка мочеточниковъ сильно гиперэмирована съ точечными кровоизліяніями.	
ъ же швовъ. остальномъ тоже.	Т-ра нормальна. Катетръ удаленъ на 4 д. На 5 д. въ ранѣ моча; безъ осложненій.	Вызд. черевъ 20 д.
ь же швовъ. остальномъ тоже.	Т-ра нормальна. Катетръ удаленъ на 4 д. Prima intentio пузырной раны; безъ осложненій.	Вызд.. черезъ 12 д.
пузырь кэт-вый шовъ по *лингу*. Въ льномъ тоже.	Первые 2 д. т-ра до 38,8. Съ 2 д. уретритъ; катетръ удаленъ; со 2 же д. моча показалась въ ранѣ.	Вызд. черезъ 30 д.
пузырь кэт-вый шовъ по *ксимову* Въ льномъ тоже.	Т-ра нормальна. Катетръ удаленъ на 5 д. Prima intentio пувырной раны. Бевъ осложненій.	Вывд. черевъ 12 д.
пузырь кэт-вый шовъ по *лингу*. Въ льномъ тоже.	На 2, 3 д. т-ра 38, затѣмъ нормальна. Катетръ удаленъ на 3 д. На 7 д. моча просочилась. Все время уретритъ отъ катетра.	Вывд. черезъ 13 д.
пувырь кэт-вый шовъ по *ксимову*. Въ льномъ тоже.	Первые 6 д. т-ра повышена (38—39). Катетръ удаленъ на 4 д. Prima intentio пувырной раны; бевъ осложненій.	Вызд. черевъ 17 д.
ъ же швовъ. остальномъ тоже.	Т-ра нормальна. На 2 д. моча пошла черезъ рану. На 3 д. уретритъ; удаленъ катетръ.	Вызд. черезъ 13 д.
ь же швовъ. остальномъ тоже.	Изрѣдка т-ра до 38. На 3 д. моча просочилась, на 4 д. удаленъ катетръ; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 20 д.
пузырь кэт-вый шовъ по *лингу*. Въ льномъ тоже.	Т-ра нормальна. На 2 д. моча пошла черезъ рану. Катетръ удаленъ на 3 д.; вызвалъ уретритъ.	Вызд. черезъ 16 д.
пузырь кэт-вый шовъ по *ксимову*. Въ льномъ тоже.	На 2 д. моча пошла черезъ рану. Съ 4 д. уретритъ; удаленъ катетръ. Лихорадилъ 6 д. (37,5—40).	Вызд. черезъ 30 д.

285	»	$10^1/_2$ л. 10 м.	Моча нейтральная, безъ бѣлка			Фосф 10 2,2× 2,
286	»	3 л. 1 г.	Моча кислая.			Два к Ура 3, 1,5× 0, 1,3× 1,
287	»	4 л. 1 г.	Моча слабощелочная.			15
288	»	Дѣвочка $2^1/_2$ л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уро- фаты 3×1 1,
289	»	5 л. Нѣскольк. лѣтъ.	Моча мутная, щелочная; примѣсь крови.			Уро- фаты. 3×3
290	»	11 л. 5 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Окса 13, 3×3
291	»	$5^1/_2$ л. 4 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уро- фат 8, 3,5×
292	»	8 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Ура Оскол 4,
293	»	3 л. Около 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Ура 10, 3×2
294	»	4 л. 3 г.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.			Фосф 16, 3,5× 1,5
295	»	Дѣвочка $3^1/_2$ л. $^1/_2$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Ура 11, 2,8×2 1,2

ь же шовъ. остальномъ тоже.	На 3 д. уретритъ; на 4 д. удаленъ катетръ; въ этотъ же день моча просочилась. Изрѣдка лихорадка.	Вызд. черезъ 17 д.
ь же шовъ. остальномъ тоже.	На 2 д уретритъ; на 3 д. удаленъ катетръ; на 7 д. моча просочилась. На 20 д. varicella; образовался абсцессъ penis. Моча, встрѣчая черезъ это препятствіе для выхода, снова пошла черезъ рану, уже зарубцевавшуюся.	Вызд. черезъ 45 д.
ичный шовъ ватый), кэт- вый, пузы- Дренажъ пу- я черезъ тающееся стіе въ пу- . На рану ной стѣнки овый шовъ енажа. По- изъ суле- й марли и ваты.	Первые 4 д. т-ра повышена, затѣмъ нормальна до pneum. catar. Дренажъ удаленъ на 2 д. **Примѣчаніе.** Pneum. catar., varicella. Pneumonia болѣе мѣсяца.	Вызд. черезъ 60 д.
	Т-ра нормальна. Вставленъ катетръ; удаленъ на 3 д., такъ какъ черезъ него мочи шло мало. Дренажъ удаленъ на 8 д. Выписанъ, по желанію родителей, не окончивъ леченія.	Выписанъ черезъ 30 д.
	Все время т-ра до 38,5. Дренажъ удаленъ на 19 д. Pneum. catar., morbilli.	Вызд. черезъ 60 д.
же уходъ.	Очень часто лихорадилъ до 38—39. Дренажъ удаленъ на 8 д.; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 35 д.
же уходъ.	Т-ра изрѣдка доходила до 38. Дренажъ удаленъ на 10 д.; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 30 д.
же уходъ.	Первый м. т-ра повышалась до 38. Дренажъ удаленъ на 5 д.	Вызд. черезъ 90 д.
же уходъ.	Т-ра нормальна. Дренажъ удаленъ на 12 д. За 5 д. до выхода изъ больницы черезъ orif. ext. urethrae былъ извлеченъ еще камень.	Вызд. черезъ 30 д.
же уходъ.	Т-ра повышалась (38—39) до удаленія дренажа; онъ удаленъ на 6 д.; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 25 д.
же уходъ.	Т-ра нормальна. Дренажъ удаленъ на 3 д., безъ осложненій.	Вызд. черезъ 25 д.

296	»	8 л. 4 г.	Моча щелочная, содержитъ гной и бѣлокъ.		Пузырь налить достаточно не удалось.	Уро-ф фат 5,5 2×2,8
297	»	6 л. 4 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 2,0 1,8×1 1,5
298	»	7 л. 4 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 9,0 3×2×
299	»	5 л. $1^1/_2$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Фосфа ядро ты. 8 3×2, 0,8
300	»	$4^1/_2$ л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 23, 3×3, 1,5
301	»	9 л. 1 г.	Моча кислая, бѣлокъ.			Уро-ф фаты. 2×1,8
302	»	2 г. 9 м. 7 д. (?)	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 1,0 1×1×
303	«	2 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.			4,0 2,2×1 0,5
304	»	4 л. Болѣе 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 0,5 0,8×0 0,4
305	»	6 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 4,0 2×1, 0,8
306	»	4 л. Около 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 6,0 2×2,5
307	»	$3^1/_2$ л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Урат 13, 3,5×2 ×1

...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 3 д., такъ какъ моча шла черезъ него плохо. Вмѣсто дренажа катетръ; удаленъ на 7 д. Т-ра очень часто повышалась до 38, 39.	Вызд. черезъ 105 д	
...тъ же уходъ.	Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи дренажъ выпалъ; вставить его не удалось, почему введенъ катетръ; удаленъ на 4 д. Т-ра нормальна.	Вызд. черезъ 25 д·	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра изрѣдка повышена; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 35 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 16 д. Первые 2 д. т-ра 38, 39; затѣмъ—нормальна; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 30 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 9 д.; т-ра нормальна; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 23 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра изрѣдка повышалась до 39; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 30 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. На 10, 11, 12 д. т-ра 38, затѣмъ нормальна; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 27 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 9 д. На 18 д. лицо опухло, въ мочѣ бѣлокъ. Т-ра часто до 39. Черезъ 26 д. выписанъ съ отекомъ лица; рана зарубцевалась.	Выписанъ черезъ 26 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. На 13, 14 было повышеніе т-ры до 38; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 25 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 9 д., т-ра нормальна; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 27 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д, т-ра нормальна; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 18 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 2 д., такъ какъ моча шла мимо его. Катетръ. Мочи выдѣлялось очень мало. На 3 д. рвота, вздутіе живота и боль около раны; на 4 д. смерть. Т-ра все время высокая (38—40). Вскрытіе не извѣстно.	Умеръ черезъ 3 д.	

308	»	Дѣвочка $3^1/_2$ л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		При трудномъ извлеченіи камня небольшой разрывъ пузырной раны.	Фосфат 22,0. 4×3×2
309	»	8 л. 2 г.	Моча нейтральная, безъ бѣлка.			Фосфат 47,0. 5×4×3
310	»	5 л. $1^1/_2$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Три камня. Вѣсъ 10 Одинако вой вел 2×1,8× 0,7.
311	»	6 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уро-фос фаты. 11 3×2,8× 1,2.
312	»	$1^1/_2$ г. $^1/_2$ г.	Рахитикъ. Плохое питаніе. Поносъ. Моча кислая, безъ бѣлка. Лихорадитъ до 40.			Фосфат 4,0. 2,5×2× 1,5.
313	»	3 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Фосфат 3,0. 2×2×1
314	»	Дѣвочка 4 л. 2 г.	Моча кислая, бѣлокъ.		Раненіе брюшины (спускалась низко). Шелковые швы.	12,0. 3×2,5× 1,8.
315	»	11 л. 7 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Вмѣстѣ съ s. alta сдѣлана и mediana, для удаленія застрявшаго въ уретрѣ осколка камня.	Ураты. 17,0.
316	»	4 л. 3 г.	Моча кислая, бѣлокъ.			Ураты 5,0. 2,6×1,5 ×2.
317	»	9 л. 1 м.	Моча щелочная.			Ураты. 2,0. 1,8×1,7× 0,8.

ъ же уходъ.	На 2 д. въ пузырь введенъ катетръ, который удаленъ на 5 д. Поносъ въ теченіе 2 м.; pneum. catar. не разрѣшилась до самой смерти. Т-ра все время высока (39—40). Рана не зарубцевалась. **Вскрытіе** не извѣстно.	Умер. черезъ 60 д.
ъ же уходъ.	Первые 2 д. т-ра до 38—39. Дренажъ удаленъ на 6 д. Выписанъ, по желанію родителей, еще съ незажившей раной.	Вызд. черезъ 23 д.
ъ же уходъ.	Дренажъ выпалъ на 7 д. На 12 д. т-ра повышена (38—40); безъ осложненій.	Вызд. черезъ 26 д.
ъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. Т-ра изрѣдка повышалась. Рана черезъ 30 д. вполнѣ закрылась, но вскорѣ моча снова пошла черезъ рану.	Вызд. черезъ 60 д.
ъ же уходъ.	До самой смерти т-ра около 39. **Вскрытіе** не извѣстно.	Умеръ на 3 д.
ъ же уходъ.	Т-ра нормальна. Дренажъ удаленъ на 7 д.; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 18 д.
ъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра повышена до самой смерти. Первые 3 д. не слабило, а затѣмъ dysenteria. **Вскрытіе** не извѣстно.	Умерла черезъ 17 д.
ъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. На 23 д. т-ра повысилась (38); держалась 4 д., затѣмъ нормальна; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 32 д.
ъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 6 д. Т-ра изрѣдка до 38; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 22 д.
ъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 5 д. Т-ра 8 д. выше нормы; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 16 д.

318	»	3 л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уратъ 2,0. 1,8×1,2 0,5.
319	»	3 л. $1^{1}/_{2}$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уро-фо фаты 2,0. 2×1,8 0,7.
320	»	3 л. $^{1}/_{2}$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Фосфат 4,0. 2×2×
321	»	4 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уро-фо фаты 3,0. 1,5×1,5 0,8.
322	»	5 л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уратъ 1,0. 0,5×1 0,5.
323	»	8 л. Нѣск. л.	Моча кислая, безъ бѣлка.		При извлеченіи камня разрывъ нижняго угла пузырной раны. Катетръ въ уретру.	Уро-фо фаты.48 6×4,5 2,5.
324	»	$1^{1}/_{2}$ г. Около 1 г.	Моча кислая, бѣлокъ.			Уро-фо фаты. 6 2×2,8
325	»	4 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уратъ 1,2. 1,5×0,4 1,2.
326	Ассен-дельфтъ. Больница Пашкова,	2 г. 10 м. Съ 1 г.	Блѣденъ, не ходитъ; довольно хорошаго питанія.	Больнымъ до операціи назначалась легкая діэта. Прямая	Трудное извлеченіе камня.	3,0. 1,2×1 0,7.
327	Нижегородск. губ., с. Ветошкино. 1882.	$2^{1}/_{2}$ г. Съ 1 г.	Истощенъ.	кишка опоражнивалась передъ операціей высокими промывательными. Про-	При расширеніи раны пузыря кровотеченіе около $1^{1}/_{2}$ унц.	2,5. 1,7×1,(1,3.
328	» 1882.	3 л. 2 г.	Блѣденъ, но хорошее питаніе.	мываніе пузыря до операціи дѣлалось рѣдко. У нѣкоторыхъ больныхъ, при хорошей боль-	Выпячив. жиръ околопузырн. клѣтчатки снятъ ножницами; порядочное кровотеченіе·	2,0. 2×1,6 0,9.

...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 5 д. Т-ра на 2, 3 д. до 39; безъ осложненій.	Выздоровлъ через 23 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 6 д. Т-ра на 2 д. вечеромъ 38; затѣмъ нормальна. Выписался съ невполнѣ зарубцевавшейся раной.	Выписанъ черезъ 18 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра изрѣдка выше нормы. Примѣчаніе. Перенесъ feb. recurrens.	Выздоровлъ через 40 д.	
...тъ же уходъ.	Т-ра на 8 д. поднялась; scarlatina. Т-ра высока до выхода изъ больницы. Во время скарлатины моча часто съ примѣсью крови. Выписанъ съ невполнѣ зарубцевавшейся раной.	Выписанъ черезъ 30 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 4 д. На 17 д. scarlatina. На 27 morbilli et pneum. catar. Т-ра съ 17 до смерти повышена (38—40). Рана совершенно зарубцевалась. Вскрытіе не извѣстно.	Умеръ черезъ 32 д.	
...тъ же уходъ.	Катетръ удаленъ на 4-й день; уретритъ. Дренажъ удаленъ на 8-й д. Т-ра 33 д.—нормальна, затѣмъ 8 д. повышена (38—40). Боли въ пузырной области, правой почкѣ.	Выздоровлъ через 50 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 6 д. Т-ра нормальна, безъ осложненій.	Выздоровлъ через 20 д.	
...тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 5 д. Первые 7 д. т-ра повышена незначительно; безъ осложненій.	Выздоровлъ через 25 д.	
...ательное про-...заніе пузыря ..., 1°/o раств. ...боловой к. Въ	Почти безъ лихорадки. На 20 д. моча пошла нормально; на 28 д. рана вполнѣ зарубцевалась; безъ осложненій.	Выздоровлъ через 20 д.	Врачъ. 1887. №№ 18—28.
...зырь одинъ ...стый (8 мм.) 2 болѣе тон-...хъ дренажа. ... уровнѣ кожи	Безъ лихорадки. На 7 д. удалены оба дренажа. Съ 8 д. моча пошла нормально; на 34 д. рана вполнѣ зарубцевалась; безъ осложненій.	Выздоровлъ через 35 д.	
...езъ дренажъ ...роводилась ...рльсбадская ..., концы ко-...ой отламыва-...сь щипцами.	Незначительная лихорадка. Въ первый д. сняты швы; т-ра пала до нормы. Рана разошлась. Дренажи вынуты на 4 и 5 д. На 10 д. balanopostitis. Моча пошла нормально на 17 д., на 35 д. рана вполнѣ зарубцевалась.	Выздоровлъ через 35 д.	

329	» 1882.	9 л. Съ 2 л.	Сильныя страданія; хорошо развитъ, но истощенъ.	нич. обстановкѣ, общее состояніе видимо улучшалось и можно было ждать для операціи болѣе	Трудное извлеченіе камня.	20,0 4×3,7 2,3.
330	» 1883.	4 л. Съ 1 г.	Сильныя страданія. Истощенъ сильно. Prolapsus recti съ значит. кровотеченіемъ изъ слизистой оболочки.	выгоднаго времени. У другихъ успѣхъ могъ быть полученъ только отъ немедленной операціи. Способъ Garson - Petersen'а исключи-	Выпячив. жиръ предпузыр. клѣтчатки снятъ ножницами. Складку брюшины пришлось удерживать.	Нару ные сл раздро лись. В камня осколк 23,0 3×2,6×
331	» 1883.	3 л. Съ 2 л.	Хорошо развитъ. Моча съ слизью и гноемъ.	тельно у взрослыхъ, безъ предварительныхъ методич. расширеній пузыря жидкостью. У всѣхъ больныхъ до 10 л. и у большинства до 15, послѣ	Выпячив. жиръ околопузырн. клѣтчатки снятъ ножницами. Брюшина удержана пальцемъ.	Каме трубк образн Calcul prosta vesical 7,6. 4,8×1, 1,5.
332	» 1883.	3 л. 2 л.	Сильнѣйшія страданія. Не ходитъ, рахитикъ. Плохъ.	впрыскиванія только въ пузырь незначит. количества жидкости, удавалось сдѣлать пузырь доступнымъ ножу, безъ опасенія поранить брюшину. Длина кожной раны	Брюшина удержана. Значит. кровотеченіе изъ раны пузыря. Сосудъ не найденъ. Упадокъ силъ, вслѣдствіе кровотеч. и продолжит. наркоза.	11,0. 3,2×2, 1,6.
333	» 1883.	7 л. Съ 2 г.	Умѣренныя страданія; хорошо развитъ; глухо-нѣмой.	4—8 с.; сдѣлать разрѣзъ точно по lin. alba ни		6,05. 2,5×2, 1,6.
334	» 1883.	6 л. 4 г.	Довольно сильныя страданія. Блѣденъ	разу не удалось. Во всѣхъ случ. влагалище прям. мышцъ вскрывалось около самой бѣлой линіи		8,0. 3×2,6 1,6.
335	» 1883.	11 л. Нѣск. л.	Страданія умѣренныя. Общее состояніе отлично. Лихорадитъ до 38,3.	по направленію мышеч. волоконъ. Довольно часто попадались		3,1. 2,1×1. ×1,2
336	» 1883.	17 л. 15 л.	Страданія страшныя. Большіе геморроидальн. узлы; изъязвлены. Моча щелочная, вонючая; много гноя. Лихорадитъ до 38,5.	и пирамидальныя мышцы. При разрѣзѣ фасціи, покрывающей околопуз. клѣтчатку, приходилось иногда снимать выпячивающіеся	Брюшина удержана.	15,0. 3,3×3 2,2.

енажъ выше
лки срѣзался.
рану брюш-
стѣнки швы
зъ кэтгута;
рва на прям.
шцы и ихъ
галища, а за-
ѣмъ черезъ
рай кожной
ны, почти до
нажа въ ниж-
ъ углу раны.
рану іодо-
рмъ. Подъ
нцами иглы
нажа на рану
лся кусочекъ
форм. марли,
угой кусокъ
й же марли
рывалъ про-
тъ дренажа;
заключеніе
колько сали-
ловой ваты,
рхъ которой
язка изъ хо-
по обеззара-
нной ваты,
крѣпленной
левымъ бин-
ъ. Положеніе
животѣ, на
окъ, хорошо
битый соло-
й, покрытый
енкой и не-
ьшой просты-
, а подъ го-
у подклады-
лась малень-
я подушка.
да подкладка,
орою покры-
клеенка, дѣ-
лась мокрою,
ьнаго пере-
ртывали на
ину; повязка
нималась и
шныя стѣнки
ывались ра-
зор. карболо-
кисл. Въ те-
ніи первыхъ
5 д опери-

Затяжное теченіе. До 15 д. т-ра повышена нѣсколько разъ до 39, затѣмъ въ нормѣ. Моча мутна, съ гноемъ. Катетръ à demeure. Промыванія пузыря. Моча пошла нормально на 36 д.; рана зарубцевалась вполнѣ на 54 д. До выписки моча долго давала муть.	Вызд. черезъ 54 д.	
Значительная лихорадка 14 д. Плохъ; облегчаютъ больнаго теплыя ванны. 2 раза рвота; рана разошлась. На 21 д. вынутъ дренажъ; на 29 д. моча пошла нормально; выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 31 д.	
Незначительная лихорадка. Черезъ 7 д. удаленъ дренажъ. Съ 15 д. моча пошла нормально; выздоровѣлъ вполнѣ, безъ осложненій. Рубецъ шириною въ $1^1/_2$ сант.	Вызд. черезъ 41 д.	
Затяжное теченіе. На 2—4 д. моча слегка кровавая. Бронхитъ. Т-ра между 38,2—39,7, съ 5 д. безъ лихорадки. На 8 д. удаленъ дренажъ; т-ра 38,3. На 12 д. моча пошла нормально. Съ 21—42 д. катарръ кишекъ; т-ра повышена (38—40,6). Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 52 д.	
Почти безъ лихорадки. Края раны разошлись. Дренажъ вынутъ на 17 д.; выздоровѣлъ вполнѣ, безъ осложненій.	Вызд. черезъ 38 д.	
Значительная лихорадка до 39—40. Въ окружности раны легкая краснота. Дренажъ введенъ опять. Запоръ, вздутіе живота. На 23 д. вынутъ дренажъ; выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 33 д.	
Незначительная лихорадка. На 11 д. дренажъ удаленъ; съ этихъ поръ моча почти исключительно черезъ уретру; выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 25 д.	
Незначительная лихорадка (38,3—три раза). На 14 д. удаленъ дренажъ. На 29 д. моча нормальна. Выписанъ въ хорошемъ состояніи. Примѣчаніе. Извѣстно, что черезъ 7 м. былъ совершенно здоровъ.	Вызд. черезъ 41 д.	

337	» 1883.	20 л. Съ дѣтства.	Общее состояніе д. хорошее. Моча съ слизисто-гнойнымъ осадкомъ. Лихорадитъ до 38,5. Промыванія пузыря ухудшили катарръ. Лихорадка перемежнаго типа доходитъ до 40; сильные знобы и поты; боли въ лѣвой поясннч. области. Селезенка увеличена. При соотвѣтст. леченіи т-ра пришла въ норму.	комки жира ножницами, иначе все поле операціи затемнялось. Складка брюшины въ верхнемъ углу раны лишь незначит. затрудняла операцію. Рана пузыря отъ 2—6 с. Камень извлекался корнцангомъ или обыкновен. щипцами. При раздробившемся камнѣ тщательное удаленіе осколковъ и песку продолж. промываніемъ пузыря.	Кровотеченіе д. значительно. Перевязка вены удалась съ трудомъ. Изъ раны пузыря артеріальн. кровотеченіе; перевязка въ глубинѣ раны не удалась. Крючки выскакивали изъ пузырной раны. Брюшина удержана. Камень раздробленъ.	Оскол[illegible] ядро 1[illegible]
338	» 1883.	12 л. 5 л.	Блѣденъ; хорошо развитъ.			10,2 3,3×[illegible] ×1,[illegible]
339	» 1883.	10 л. 8 л.	Хорошо развитъ.			1,6. 1,5×1 ×1,5
340	» 1883.	12 л. Съ дѣтства.	Хорошо развитъ. Обильный слизист.-гнойный осадокъ въ мочѣ. Камень легко прощупывается снаружи.		Дов. значительное кровотеченіе. Сосудъ не найденъ. Пришлось удерживать брюшину и выпячивающуюся въ рану слизистую оболочку задней стѣнки пузыря.	Два кам[illegible] 24,5 3,8×3,[illegible] 2,5.
341	» 1883.	5 л. 4 г.	По временамъ сильныя страданія.		Пузырь соскочилъ съ крючка; отыскать рану пузыря было трудно.	3,4. 2×1,6[illegible] 1,2.
342	» 1883.	19 л. Съ дѣтства.	Моча мутная.	Пузырь налитъ, въ прямую кишку—губка.	Выпячив. жиръ околопузыр. клѣтчатки снятъ ножницами.	

…нныхъ перемывали отъ …8 разъ въ сутки.	Затяжное теченіе. Лихорадилъ сильно (39,2—40 и выше). Моча 2 д. кровавая. Края раны разошлись. Сильный cystitis; промыванія пузыря. На 16 д. изъ раны вышелъ большой кусокъ омертвѣлой клѣтчатки; до 21 д. при промываніи пузыря черезъ уретру изъ раны выходили частицы мертвой ткани и свертки гноя, особенно при легкомъ давленіи съ правой стороны пузыря. Вскорѣ хорошія грануляціи. Cystitis меньше, промыванія прекращены. На 56 д. дренажъ вынутъ; на 52 д. моча пошла нормально. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны. Выписанъ поправившимся хорошо, съ слегка мутной мочей.	Вызд. черезъ 139 д.	
	Незначит. и непродолжительная лихорадка. Черезъ 7 д. края раны разошлись; на 13 д. вынутъ дренажъ. На 23 д. моча пошла нормально; выписанъ поправившемся хорошо.	Вызд. черезъ 30 д.	
	Значительная лихорадка 5 д. На 13 д. дренажъ вынутъ. Съ 15 д. моча пошла нормально. Снова непродолжительная лихорадка (38,4—39). Моча мутна. Образовался абсцессъ справа надъ Пупартовой связкой; разрѣзъ, дренажъ. Выписанъ въ хорошемъ состояніи.	Вызд. черезъ 30 д.	
	Затяжное теченіе и продолжит. значительная лихорадка (достигала 40,2). На 2 д. операціи моча кровавая. На 7 д. края раны разошлись. Сильный cystitis; промыванія пузыря. На 14 д. вынутъ дренажъ; на 20 д. катетръ à demeure. Вскорѣ (при высокой т-рѣ) образовался периуретральный абсцессъ; катетръ удаленъ; введенъ дренажъ въ пузырь. Cystitis; положеніе на животѣ. Периуретритъ и уретритъ проходятъ. На 47 д. моча съ гноемъ пошла нормально. Снова лихорадка; снова дренажъ; промыванія пузыря. Катарръ пузыря проходитъ медленно; выписанъ вполнѣ здоровымъ.	Вызд. черезъ 90 д.	
	Незначительная лихорадка. Края раны разошлись. На 9 д. дренажъ вынутъ; съ 17 д. моча пошла нормально; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 33 д.	
	Значительная лихорадка первые 9 д. Моча кровавая. Рана разошлась. На 13 д. вынутъ дренажъ; на 18 д. моча пошла нормально. Послѣопераціонный періодъ осложнился сильнымъ катарромъ пузыря; послѣ промываній прошелъ вполнѣ; выписанъ совершенно здоровымъ.	Вызд. черезъ 43 д.	

343	» 1884.	2 л. 1 г.	Питаніе хорошо. Сильныя страданія. Моча вонючая, гнойная.		Брюшина удержана. Пришлось удерживать слизистую оболочку пузыря; это затрудняло удаленіе камня.	2,9. 2,2×1, ×1,
344	» 1884.	$3^1/_2$ л. $2^1/_2$ г.	Общее состояніе удовлетв. Моча мутная, съ примѣсью крови.			2,2 2×1 ×1
345	» 1884.	6 л. 5 л.	Хорошо развитъ. Сильныя страданія. Моча разложившаяся, съ гноемъ и кровью.		Выпячив. жиръ околопуз. клѣтчатки срѣзанъ. Брюшина удержана. Искуств. дыханіе.	3,0 1,7×1 1,7
346	» 1884.	15 л. 14 л.	Истощенъ сильно. Страданія сильныя. Моча разложившаяся, съ гноемъ. Лихорадитъ до 40. Камень прощупывается черезъ брюш. стѣнки.		Камень плотно охваченъ стѣнками пузыря. Наружный слой его легко дробился (фосфаты).	35,(4×3,: 2,6
347	» 1884.	5 л. 4 г.	По временамъ страдаетъ сильно.		Брюшина удержана.	11,: 3,2×2 1,7
348	» 1884.	4 л. 3 г.	Блѣденъ, слабъ. Моча мутная.			7,0 2,6×2 1,3
349	» 1884	7 л. 6 л.	Золотушенъ. Пупочная грыжа. Prolapsus recti. Моча очень мутная.		Брюшина удержана	5,0 1,9×1 1,7
350	» 1884.	13 л. 10 л.	По временамъ страдаетъ сильно. Моча съ слизисто-гнойнымъ осадкомъ.		Кровотеченіе (около $1^1/_2$ унц.); послѣ операціи — послѣдовательное.	25,(4,4×: 2,5

Два д. т-ра до 38. На 5 д. удаленъ дренажъ. На 7 д. края раны разошлись; сухой шовъ. Мало по малу безпокойство и картина peritonitidis. **Вскрытіе** (неполное). Въ брюшныхъ стѣнкахъ, въ окружности пузыря — ничего. Раздутыя кишки склеены между собою и сальникомъ; между петлями кишекъ густой гной. Гнойный налетъ на поверхн. печени и селезенки. Пузырь сокращенъ; брюшина, соотвѣтственно пузырю, налита. Стѣнки пузыря нормальны. Въ кишкахъ и желудкѣ—круглыя глисты.	Умеръ черезъ 16 д.
Затяжное теченіе съ значит. повышенной т-рой. Края раны разошлись. На 5 д. удаленъ дренажъ. На 18 д. три д. значительно лихорадитъ: cystitis; явленія эти исчезли, когда моча, идущая нормально, снова пошла черезъ рану. На 49 д. моча снова нормально; выписанъ вполнѣ здоровымъ.	Выздор. черезъ 62 д.
Почти безъ лихорадки. На 18 д. удаленъ дренажъ; на 21 д. свѣтлая моча пошла нормально; выписанъ въ отличномъ состояніи.	Вызд. черезъ 31 д.
Значительная лихорадка. На 4 д. рана разошлась. Промыванія пузыря. Urethritis et balanopostitis. Довольно сильный cystitis, поэтому снова дренажъ въ рану и промыванія пузыря до 21 д. (моча исправилась). На 23 д. удаленъ дренажъ; съ 27 д. моча пошла исключительно нормально. Выписанъ въ отличномъ состояніи.	Вызд. черезъ 46 д.
Безъ лихорадки, но теченіе затянулось. На 8 д. удаленъ дренажъ; моча пошла исключительно нормально. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны.	Вызд. черезъ 57 д.
Безъ лихорадки. На 8 д. края раны разошлись. На 12 д. удаленъ дренажъ; свѣтлая моча пошла нормально. Выписанъ совершенно здоровымъ.	Вызд. черезъ 31 д.
Почти безъ лихорадки. На 8 д. сняты швы. На 10 д удаленъ дренажъ Выписанъ въ отличномъ общемъ состояніи.	Вызд. черезъ 31 д.
Незначительная и непродолжительная лихорадка. На 6 д. удаленъ дренажъ; на 9 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 30 д.

351	» 1884.	4 л.	Истощенъ. Расхожденіе m. rectorum. Prolapsus recti. Сильныя страданія. Моча мутная.		Складка брюшины удержана.	15, 3,8×3
352	» 1884.	3 л. 2 г.	Хорошо развитъ.		Выпячив. жиръ околопузырн. клѣтчатки срѣзанъ. Брюшина удержана.	Два ка 2,0 1,9×1 × 1,0 0,8×1 1,2
353	» 1884.	4 л. 3 г.	Хорошо развитъ. Сильныя страданія		Выпячив. жиръ околопуз. клѣтчатки срѣзанъ.	Два ка 2,0 1,9×1 0,9 1,5 1,6×1 0,9
354	» 1884.	3½ л. 2½ г.	Питаніе хорошо. Scabies.		Тоже, но еще пришлось удерживать брюшину	0,9 1,1×0 0,7
355	» 1884.	28 л. Съ дѣтства.	Сильно истощенъ. Сперва боли были сильны, а съ 11 л. стали незначительны. Послѣд. годъ— невыносимы. Моча мутная.			113 6,4× 4,2
356	» 1884.	20 л. 18 л.	Моча мутная, слабо-щелочная. Abcessus reg. iliacae dext.		Дов. значит. артер. кровот. изъ стѣнокъ пузыря.	19, 4×3, 2,2
357	» 1884.	10 л. 8 л.	Сильныя страданія. Истощенъ. Сифилисъ костей, гумма на головѣ. Отъ k. jod. лучше.			23, 4×3
358	» 1884.	3½ л. 2½ г.	Сильныя страданія.			5,1 2,8×2 1,4

	Затяжное теченіе и значит. лихорадка. На 6 д. вынутъ дренажъ. Сильный cystitis, а потому удаленный дренажъ снова вставленъ. Cystitis не лучше; высокая т-ра. Отекъ praeputii, припухлость (т-ра 40). На 43 д. дренажъ удаленъ; на 46 д. моча пошла нормально; моча съ легкой мутью.	Вызд. черезъ 55 д.
	Почти безъ лихорадки. На 8 д. удаленъ дренажъ. Края раны разошлись. Съ 11 д. свѣтлая моча идетъ нормально. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 24 д.
	Безъ лихорадки. На 7 д. рана зажила per primam до дренажа; на 8 д. удаленъ дренажъ; на 11 д. моча пошла нормально; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 28 д.
	Безъ лихорадки. Моча 3 д. окрашена кровью. На 7 д. рана зажила до дренажа per primam; дренажъ удаленъ. На 16 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 23 д.
тичный швъ ря. На рану шной стѣнки ъ, какъ обык- енно. Таже повязка.	Значительная лихорадка. На 15 д. удаленъ дренажъ; съ 30 д. моча исключительно черезъ стволъ и на 45 д. рана вполнѣ зажила. Оставался въ больницѣ по случаю болей въ поясничной области и обострившагося cystitidis. Выписанъ вполнѣ здоровымъ. Примѣчаніе. Сперва былъ наложенъ полный швъ пузыря, но при наливаніи его оказалось, что жидкость шла черезъ нижній уголъ раны; тогда здѣсь сняты швы и вставленъ дренажъ. Наложеніе шва—трудно.	Вызд. черезъ 60 д.
этого случая за уходъ съ нажами. Та- повязка и оложеніе.	Почти безъ лихорадки. На 4 д. удаленъ дренажъ; вставленъ катетръ à demeure. Моча съ гноемъ. Сильный уретритъ; катетръ удаленъ; промыванія пузыря. Выписанъ въ отличномъ состояніи.	Вызд. черезъ 40 д.
	Безъ лихорадки. Свѣтлая моча пошла черезъ уретру на 23 д. Выписанъ въ отличномъ состояніи.	Вызд. черезъ 35 д.
	Безъ лихорадки. На 7 д. рана разошлась; на 11 д. удаленъ дренажъ. На 14 д. свѣтлая моча пошла исключительно черезъ стволъ. Выписанъ въ отличномъ состояніи.	Вызд. черезъ 32 д.

359	» 1884.	12 л. 11 л.	Моча идетъ каплями. Пузырь растянутъ. Позади мошонки камень уретры.		Urethr. externa. Рана уретры зашита кэтгутомъ № 0.	Пузы ный к мені 7,0. 3,2×1
360	» 1884.	6 л. 5 л.				2,2 1,8×1 ×1,2
361	» 1884.	13 л. 8 л.	Сильныя страданія; очень истощенъ.			Calcul prosta vesical 17,3 6×2,2 1,3.
362	» 1884.	9 л. Съ раннихъ лѣтъ.	Общее состояніе хорошо.			6,45 3,1×2, 1,6.
363	» 1884.	3 л. 2 г.	Сильныя страданія. Блѣденъ, хорошо развитъ. Лихорадитъ до 38,5.		Выпячив. жиръ предпузыр. клѣтчатки срѣзанъ.	7,0 2,5×2 ×1,8
364	» 1884.	28 л. Съ раннихъ лѣтъ.	Послѣдніе 2 г. сильныя страданія. Блѣденъ. Умѣренный cystitis.	Пузырь налитъ 120 к. с., кольпейринтеръ 540 к. с. жидкости.		30,0 Діаме ядра 6×4,1 3,1.
365	» 1885.	5 л. Давно.	Сильныя страданія. Хорошо развитъ.		Выпячив. жиръ предпузыр. клѣтчатки срѣзанъ. Послѣ извлеченія камня кровотеченіе.	22,6 4,8×3, 2,2.
366	» 1885.	5 л.	Слабый мальчикъ. Бронхитъ послѣ коклюша.		При сильномъ сокращеніи брюшныхъ м. пузырь сократился и найти сдѣланный разрѣзъ было трудно.	3,3. 2,5×1, 1,4.

Затяжное теченіе; лихорадочное состояніе непродолжительно и т-ра не высока. Частая и продолжительная рвота; прекратилась по выходѣ ртомъ круглой глисты. Разрѣзъ уретры зажилъ. На 16 д. удаленъ дренажъ. При давленіи на уретру выходитъ гной; разрѣзъ рубца на мошонкѣ; въ углу раны уретры—свищъ. Опять дренажъ пузыря. Удаленъ дренажъ на 21 д.; моча съ этого дня пошла нормально. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 31 д.	
Значительная лихорадка 4 д. На 8 д. рана зажила до дренажа per primam. На 14 д. удаленъ дренажъ. На 16 д. высокая лихорадка въ зависимости отъ катарра кишекъ. На 21 д. снова удаленъ дренажъ. Небольшой orchitis. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 34 д.	
Безъ лихорадки. На 7 д. рана зажила до дренажа. На 9 д. дренажъ удаленъ. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 14 д.	
Почти безъ лихорадки. На 5 д. рана зажила до дренажа per primam. На 8 д. удаленъ дренажъ; на 11 д. моча свѣтла только черезъ стволъ; выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 22 д.	
Безъ лихорадки. На 10 д. удаленъ дренажъ. На 13 д. свѣтлая моча идетъ только нормально; выписанъ вполнѣ здоровымъ.	Вызд. черезъ 24 д.	
Незначительная и непродолжит. лихорадка. Запоры. На 9 д. рана зажила per primam до дренажа. На 16 д. удаленъ дренажъ; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 28 д.	
Почти безъ лихорадки. Первые 6 д. моча окрашена кровью. На 8 д. рана зажила per primam до дренажа. На 18 д. удаленъ дренажъ. На 25 д. моча свѣтлая исключительно черезъ стволъ.	Вызд. черезъ 32 д.	
Безъ лихорадки. На 10 д. края раны разошлись вблизи дренажа; дренажъ удаленъ. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.	Вызд. черезъ 26 д.	

367	» 1885.	25 л. Съ дѣтства.	Истощенъ. Сильно страдаетъ. Лихорадка. Недержаніе зловонной мочи.	Пузырь налитъ 180 к. с., кольпейрин. 360 к. с. жидкости.	Камень плотно охваченъ пузыремъ. Извлеченіе трудно. Выпаденіе слизистой оболочи пузыря.	Вѣс оскол ковъ 20,0
368	» 1885.	3 л.	Общее состояніе хорошо. Иногда страдалъ сильно. Моча свѣтлая.			Два кам Оба= =3,0 1,8×1, ×1. 1,9×0, 0,8.
369	» 1885.	18 л. 14 л.	Хорошее сложеніе. Моча съ кровью и гноемъ.	Пузырь налитъ 150 к. с., кольпейринтеръ 540 к. с. жидкости.	Кровотеч. черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи. Во время операціи лигатура на артеріи пузырной стѣнки Извлеченіе камня (малый разрѣзъ) трудно.	45,5 5×4×
370	» 1885.	3 л. 2 г.	Сильныя страданія. Prolapsus recti съ кровотеченіями изъ слизистой оболочки.		Брюшина удержана.	5,9. 2,8×2, 1,3.
371	» 1885.	16 л. Съ раннихъ л.			При разрѣзѣ предпузырной клѣтчатки поранена артерія, перевязана.	7,5. 3,2× 1,8.
372	» 1885.	4 л. 3 г.	Моча свѣтлая.		Пузырь такъ скоро сократился, что не удалось ввести палецъ. Найти рану было трудно, такъ какъ брюшину (рвота) пришлось удерживать.	1,5. 1,5×1, ×1.

Затяжное теченіе почти безъ лихорадки (38—38,3). Края раны разошлись около дренажа. Аппетитъ плохъ; запоры. На 12 д. при перевязкѣ найденъ маленькій камень. На 23 д. удаленъ дренажъ. Черезъ нѣсколько д. боли in. reg. subinguinale; легкая припухлость m. adduct. femoris; скоро прошли. Cystitis; промыванія пузыря. Выписанъ въ отличномъ общемъ состояніи.	Вызд. черезъ 58 д.
Безъ лихорадки. Черезъ 4 д. рана зажила per primam до дренажа. На 13 д. удаленъ дренажъ. На 17 д. свѣтлая моча пошла нормально; совершенно здоровъ.	Вызд. черезъ 17 д.
Затяжное теченіе; 4 д. т-ра повышена (38—39). Дренажъ закупоренъ сгустками крови. До 4 д. моча кровавая. Запоръ. Cystitis gravis; промыванія пузыря. Рана разошлась. На 10 д. удаленъ дренажъ. На 14 д. при промываніи черезъ рану вышли два куска омертвѣлой клѣтчатки; 7 д. еще выходили кусочки этой клѣтчатки. Cystitis то лучше, то хуже. Боли въ лѣвой почкѣ; т-ра поднялась (38—39). На 76 д. рана зарубцевалась. Боли въ почкѣ продолжаются; около раны открывался свищъ. Выписанъ въ хорошемъ состояніи, но съ явленіями сильнаго катарра пузыря.	Вызд. черезъ 108 д.
Незначительная и непродолжит. лихорадка. На 8 д. рана разошлась только около дренажа. На 9 д. удаленъ дренажъ. На 12 д. свѣтлая моча пошла исключительно нормально; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 23 д.
Безъ лихорадки. Моча слегка кровавая до 6 д. Края раны разошлись только около дренажа, который вынутъ. На 12 д. въ мочѣ гной. На 15 д. моча пошла нормально; поправился вполнѣ. **Примѣчаніе.** «Такую сильную струю крови не приходилось видѣть при sectio alta», пишетъ почтенный хирургъ.	
Безъ лихорадки. На 6 д. рана зажила до дренажа, на 9 д. удаленъ дренажъ. Съ 11 д. свѣтлая моча только черезъ стволъ; выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 16 д.

373	» 1885.	5 л. Около 5 л.	Моча свѣтлая.		Искусственное дыханіе.	0,8. 1,2×1,1× 0,5.
374	» 1885.	5 л. Около 5 л.	Моча свѣтлая. Scabies.			5,0. 3×1,8× 1,2.
375	» 1885.	14 л. 12 л.	Катарръ пузыря.	Пузырь налитъ 150, кольпейринтеръ 180 к. с. жидкости.		9,5. 2,8×2,8× 1,8.
376	» 1885.	4 л.	Хорошее питаніе. Scabies.			3,2. 2,4×1,8× 1,2.
377	» 1885.	3 л. Болѣе 2 л.	Блѣденъ. Болотная кахексія.			0,3. 1,2×1× 0,5.
378	» 1885.	7 л. Съ раннихъ л.	Моча свѣтлая.		Послѣ удаленія камня д. сильное кровотеченіе.	4,5. 2,2×2,1× 1,5.
379	» 1885.	4 л. 3 г.	Не ходитъ; рахитикъ. Сильно исхудалъ; старческое выраженіе лица. Лихорадитъ. Постоянный поносъ. Незначит. катарръ пузыря.		Наружные слои камня раздроблевы.	Ядро 10,0. 2×1,5× 1,3.
380	» 1885.	13 л. Съ раннихъ л.	Моча мутная.		Дов. значительн. кровотеченіе.	5,0. Въ видѣ тутовой ягоды.
381	» 1885.	23 л. 22 г.	Незначит. катарръ пузыря.	Въ пузырь 240, въ кальпейр. 300 к. с. жидкости.	Дов. значит. кровотеченіе изъ артеріи стѣнки пузыря. Наруж. корка раздроблена.	3,0. 2×1,5× 1,2.

Безъ лихорадки. На 9 д. вынутъ дренажъ; на 10 д. моча черезъ уретру.	Вызд. черезъ 16 д.
Значительная лихорадка до 6 д. (38—40,2). До 7 д. моча окрашена кровью. Поносъ. На 15 д. удаленъ дренажъ, на 23 моча, слегка мутная, нормально; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 42 д.
Незначительная и непродолжит. (3 д.) лихорадка. Моча окрашена кровью до 5 д. Края раны разошлись около дренажа. Въ мочѣ гной; промыванія. На 14 д. удаленъ дренажъ, а на 17 д. мутная моча пошла нормально; выписанъ вполнѣ здоровымъ.	Вызд. черезъ 34 д.
Затяжное теченіе съ значительной лихорадкой до 9 д. На 3 д. послѣ операціи пульсъ малъ, упадокъ силъ, неясное сознаніе: на всемъ тѣлѣ erythema; поносъ. До 8 д. моча окрашена кровью. Отошли два куска омертвѣвшей околопузырной клѣтчатки. Cystitis. На 23 д. удаленъ дренажъ; на 26 д. моча нормально. На 30 д. выписанъ съ слегка мутной мочей. Черезъ 1 мѣсяцъ снова поступилъ въ больницу съ воспаленнымъ рубцомъ. Сдѣланъ разрѣзъ рубца; моча съ гноемъ пошла струей. Заживленіе безъ осложненій; выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 80 д.
Почти безъ лихорадки. На 11 д. дренажъ удаленъ. Свѣтлая моча пошла черезъ уретру въ тотъ же день; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 18 д.
Безъ лихорадки. На 9 д. дренажъ удаленъ. Моча свѣтлая пошла нормально въ тотъ же д.; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 21 д.
Въ день операціи 38,9. Сильный поносъ. Т-ра повышена до 18 д. Поносъ не поддается леченію. Гнойный бронхитъ; на 18 д. смерть. **Вскрытіе.** Фолликулярн. язвы кишекъ (особенно прямой). Гнойный бронхитъ. Стѣнки пузыря утолщены. Лѣвая почка нѣсколько увеличена; корковый ея слой шире, чѣмъ въ правой.	Умеръ черезъ 17 д.
Безъ лихорадки. На 6 д. рана зажила до дренажа. На 10 д. удаленъ дренажъ. На 15 д. при перевязкѣ найденъ осколокъ камня; моча слегка мутная. Съ 18 д. моча исключительно черезъ стволъ; моча свѣтлая.	Вызд. черезъ 25 д.
Незначительная лихорадка 6 д. До 3 д. моча окрашена кровью. Рана зажила до дренажа. На 13 д. вынутъ дренажъ; найденъ осколокъ камня. Съ 18 д. моча нормально. Моча мутна; промыванія. Выписанъ съ еще мутной мочей.	Вызд. черезъ 25 д.

382	» 1885.	12 л. Съ раннихъ л.	Моча слегка мутна Лихорадитъ.			3,0. 2×1,5 1,2.
383	» 1885.	$2^1/_2$ л. Съ 1 г.	Моча свѣтлая.			1,0. 1,8×1, ×1.
384	» 1885.	6 л. Съ 2 г.	Моча свѣтлая.		Брюшина удержана. Искусств. дыханіе.	1,5. 1,7×1, 0,9.
385	» 1885.	$2^1/_2$ л. Съ 1 г.	Моча свѣтлая. Блѣденъ.		Черезъ 3 ч. послѣ операціи черезъ уретру кровь и сгустки. Пузырная область выдается. Два шва выше дренажа удалены. Блѣденъ, кричитъ, ужасно безпокоенъ. Вечер. 36,2; сгустки въ дренажѣ, мочи мало.	0,8. 1×1×
386	» 1885.	10 л. Съ 2 л.	Моча слегка мутная.			7,2. 3×2,3 1,5.
387	» 18?5.	18 л. 16 л.	Моча свѣтлая.	Въ пузырь 240, въ кольпейринтеръ 330 к. с. жидкости.		1,7. 2×1,5 1,1. Въ ви тутов ягодь
388	» 1885.	5 л. 4 г.	Моча свѣтлая.		Брюшина удержана.	3,8. 2,3×2 1,2.
389	» 1885.	6 л. 4 г.	Моча свѣтлая.		Брюшина удержана.	1,8. 1,7×1, ×1.
390	» 1885.	25 л. Съдѣтства.	Послѣдній годъ сильныя страданія. Блѣденъ. Мутная моча; слизисто-гнойный осадокъ.	Пузырь налитъ, кольпейринтеръ.		4,0. 2,5×2, 2,5.

Безъ лихорадки. На 10 д. вынутъ дренажъ. Моча свѣтлая черезъ уретру въ этотъ день; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 32 д.
Безъ лирохадки. На 9 д. вынутъ дренажъ; моча свѣтлая черезъ уретру на 10 д.; вполнѣ здоровъ.	Вызд. черезъ 18 д.
Почти безъ лихорадки. На 10 д. вынутъ дренажъ. Рана зажила до дренажа Свѣтлая моча черезъ уретру на 18 д.	Вызд. черезъ 19 д.
Затяжное теченіе и высокая т-ра. Послѣ операціи кровавая моча; вздутъ животъ; мочи мало. На 3 и 4 д. въ окружности раны замѣтны кровоподтечныя пятна. На 5 д. при выниманіи дренажа вышелъ большой старый сгустокъ крови; много частичекъ сгустковъ выходило при каждомъ промываніи. На 10 д. моча свѣтлая; больному лучше. На 15 д. удаленъ дренажъ; вечер. 38,2; животъ вздутъ. На 16 д. erysipelas, обошедшая все тѣло. Исхудалъ; высокая т-ра; пролежни на спинѣ. Бронхитъ. На 39 д. рана зажила моча свѣтлая; поправился вполнѣ	Вызд. черезъ 51 д.
Почти безъ лихорадки. На 9 д. рана разошлась вблизи дренажа; на 10 д. дренажъ удаленъ; на 12 д. свѣтлая моча нормально.	Вызд. черезъ 32 д.
Незначительная лихорадка первые 4 д Рана зажила до дренажа На 15 д. удаленъ дренажъ; съ тѣхъ поръ мутная моча нормально. Выписанъ съ слегка мутной мочей.	Вызд. черезъ 50 д.
Значительная лихорадка (38,5—39,4). Вздутіе живота, поносъ; erythema. На 4 д. безъ лихорадки; края раны разошлись. Cystitis; промыванія. На 13 д. дренажъ удаленъ; моча слегка мутная черезъ уретру въ тотъ-же день.	Вызд. черезъ 41 д.
Почти безъ лихорадки. На 9 д. удаленъ дренажъ; рана зажила per primam до дренажа. Свѣтлая моча нормально на 15 д ; поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 21 д.
Незначительная лихорадка два дня. На 8 д. удаленъ дренажъ; $^{2}/_{3}$ раны зажило per primam. Съ 14 д. моча сперва мутная, а затѣмъ свѣтлая, исключительно черезъ стволъ; поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 34 д.

391	› 1885.	15 л.	Сильныя страданія. Истощенъ, очень блѣденъ. Моча съ слизисто - гнойнымъ осадкомъ.	Пузырь налитъ, кольпейринтеръ.	Брюшина удержана.	16,0. 3,7×2,5 2,2.
392	› 1886.	10 л. Съ 1 г.	Моча мутная.	Въ пузырь 180. въ кольпейринтеръ 120 к. с. жидкости.	Наружн. слой одного камня раздробленъ	Два кам[illegible] 4,5. 2,2×1,8 1,4. 6,0. 2,5×2[illegible] 1,9.
393	› 1886.	28 л. Съ раннихъ л.	Хорошее питаніе. Моча мутна; большой осадокъ гноя и крови.	Пузырь налитъ, кольпейринтеръ.		17,0. 3,1×3,1 2,8.
394	› 1886.	11 л. 10 л.	Блѣденъ, хорошо сложенъ. Моча мутна.			11,5. 5,5×2,5 1,9.
395	› 1886.	9 л.	Сильныя страданія. Истощенъ. Prolapsus recti. Моча мутная. слизисто-гнойный осадокъ.		Извлеченіе камня не безъ ушиба предпуз. клѣтчатки.	7,0. 2,7×2,4 1,6.
396	› 1886.	$3^1/_2$ л. $2^1/_2$ г.	Моча свѣтлая.		Пузырь ускользнулъ отъ введеннаго пальца.	2,0. 2,2×1,6 1.
397	› 1886.	16 л. 6 л.	Моча очень мутная.	Пузырь налитъ, кольпейринтеръ.	Клѣтчатка отчасти срослась съ прямыми м.	10,5. 3×2,8 2,1.
398	› 1886.	5 л. 4 г.	Моча очень мутна; слизисто-гнойный осадокъ.		Наружн. слои камня раздробились.	Вѣсъ [illegible] оскол[illegible] камн. 5,0.
399	› 1886.	6 л. 5 л.	Моча свѣтлая. Лихорадитъ—38,5.			2,0. 1,8×1,5 1,2.

Почти безъ лихорадки; т-ра повышена до 38 только 2 д. Края раны разошлись; моча мутная; промыванія. На 12 д. дренажъ удаленъ, а на 16 д. вся моча пошла нормально; поправился отлично.	Вызд. черезъ 50 д.
Незначительная лихорадка 7 д. Поносъ; моча окрашена кровью. На 4—7 д. при промываніяхъ вышелъ старый кровяной сгустокъ. На 13 д. удаленъ дренажъ; черезъ 23 д. мутная моча—нормально. Моча долго еще мутна; исправилась; поправился вполнѣ.	Вызд черезъ 32 д.
Незначительная лихорадка 4 д. На 6 д. рана зажила per primam до дренажа, который вынутъ. На 27 д. мутная моча исключительно черезъ стволъ; поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 37 д.
Значительная лихорадка. Бронхитъ. По случаю высокой т-ры сняты швы на 4 д ; впереди прямыхъ мышцъ немного гноя. Cystitis. Дренажъ удаленъ на 12 д. Запоръ. Черезъ 30 д. мутная моча—нормально; выписался съ вп лнѣ свѣтлой мочей.	Вызд. черезъ 50 д.
Послѣдовательное кровотеченіе; сгустки крови въ дренажѣ, уретрѣ. Незначительная лихорадка 5 д. Края раны разошлись; моча мутна. На 5 д. вынутъ дренажъ; на 10 д. при промываніи вышелъ кусокъ омертвѣлой клѣтчатки. На 40 д. моча нормальна; свѣтлая; поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 49 д.
Почти безъ лихорадки (два д. до 38,6). Края раны разошлись. На 10 д. удаленъ дренажъ. Съ 22 д. свѣтлая моча пошла нормально. На 33 д. т-ра повышена; бубонъ; вскрытъ. Поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 46 д.
Значительная лихорадка. Сперва безъ лихорадки; рана зажила до дренажа, который вынутъ на 8 д. На 11 д. моча исключительно черезъ стволъ; немного мутна. На 22 д. боль въ лѣвой почкѣ; т-ра поднялась (39,5, 40) и держалась до 30 д. Увеличеніе селезенки и печени; поносъ. Боли въ области почки прошли скоро, но моча мутна. Поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 36 д
Незначительная лихорадка 3 д. Бронхитъ. На 8 д. удаленъ дренажъ. Съ 12 д. свѣтлая моча—нормально; поправился вполнѣ.	Вызд. на 29 день.
Незначительная лихорадка 4 д. На 6 д. удаленъ дренажъ; съ 12 д. сперва мутная, а затѣмъ свѣтлая моча—черезъ стволъ. Поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 20 д.

Съ 100 по 419	» 1886.	Отъ 2 до 5 л. (5). Отъ 5 до 10 л. (7). Отъ 10 до 12 л. (2). Отъ 15 до 26 л. (5).	Общее состояніе удовлетворит. у 13. истощены 6. Моча вполнѣ свѣтлая у одного, мутная—у 16, моча гнойная у одного, разложившаяся и гнойная у одного.			Двакамн 10,0. 2, 7,0. 4, 0,7. 2, 7,0 Пять камней 18,0. 17. 17,7. 3, 15,0. 45. 12,5. 14. Двакамн 6,0. 17, 12,0. 19.
419	» 1886.	2$^{1}/_{3}$ л.	Моча свѣтлая.			2,0.
420	» 1886.	5 л.	Моча свѣтлая.			17,0.
421	» 1886.	6 л.	Моча свѣтлая.			3,0.
422	» 1886.	13 л.	Моча мутная.			17,0.
423	» 1886.	17 л.	Истощенъ. Моча щелочная, гнойная.	Наливаніе пузыря, кольпейринтеръ.	Часть камня раздробилась. Трубко-образный камень.	25,0.
424	» 1886.	17 л.	Истощенъ. Моча щелочная, гнойная.	Наливаніе пузыря. Кольпейринтеръ.	Камень въ дивертикулѣ. Извлеченіе трудно; поднятіе per rectum. Тоже и въ № 423.	20,0.
425	» 1886.	20 л.	Малокровенъ. Сильно истощенъ; страданія ужасны. Моча щелочная, мутная, съ гноемъ.	Наливаніе пузыря. Кольпейринтеръ.		43,0.

	Послѣ операціи безлихорадочное теченіе у 6; почти безъ лихорадки у одного; незначительная лихорадка у 10; значительная у одного; высокая и продолжительная у одного. Послѣ операціи моча вполнѣ свѣтлая у 7, временами мутная, а затѣмъ свѣтлая у 7; оставалась легкая муть у одного, а затѣмъ совершенно свѣтлая у 2; мутная и по временамъ гнойная у 2-хъ. Рана заживала на 22—36 д. У одного уже зажившая рана вновь открылась на 27 д.; на 47 д. при выскабливаніи грануляцій удаленъ надъ лономъ шелковый шовъ. Выскабливаніе повторено и только полное рубцованіе на 121 д. У другаго свищъ зажилъ на 143 д.	Вызд. всѣ на 20—113 д.	
	Значительная лихорадка только 3 д. На 58 д. небольшой свищъ; заживленіе свища можно ожидать въ скоромъ времени.	Наход. на излеченіи.	
	Значительное послѣдовательное кровотеченіе послѣ операціи. Сняты швы; въ пузырь введены крючки; очищены отъ сгустковъ какъ пузырь, такъ и предпузырное пространство. Кровоточащій сосудъ не найденъ; наложены 3,4 лигатуры; кровотеченіе остановилось. Въ дальнѣйшемъ — заживленіе безъ осложненій.	Вызд.	
	На 16 д. свѣтлая моча пошла черезъ уретру. Поздно вышла шелковая лигатура, отчего рубцеваніе замедлилось, поправился вполнѣ.	Вызд. черезъ 42 д.	
	Сильное послѣдоват. паренхиматозное кровотеченіе, тампонада раны іодоформной марли. Незначит. лихорадка. Рана зарубцевалась только на 57 д.; моча слегка мутная.	Вызд.	
	Незначительная лихорадка. На 11 д. удаленъ кусокъ омертвѣлой ткани съ инкрустаціями солей. Края раны разошлись. Рана зарубцевалась на 60 д.	Вызд.	
	Незначительная лихорадка. Края раны разошлись. Рана вполнѣ зарубцевалась на 40 д.	Вызд.	
	Послѣ операціи выдѣлился кусокъ омертвѣлой клѣтчатки. Cystitis—хуже. На 5 и 7 д. значительная лихорадка; припухла и селезенка (была опухши и раньше) Рана зарубцевалась на 68 д.	Вызд.	

126	» 1886.	13 л.	Моча мутная, гнойная, вонючая.			18,(
427	» 1886.	8 л.	Моча мутная. По временамъ боли въ области лѣвой почки, распространяющіяся по мочеточнику.			7,0

	На 3 д. сильный урэмическій припадокъ; въ теченіи 4 ч. потеря сознанія и общія клонич. судороги; бурная работа сердца; влажные хрипы. Щелочная моча по временамъ содержала бѣлокъ. Два раза (5 д.) т-ра повышена Рана зарубцевалась на 97 д. Поправился отлично, но моча слегка мутна.	Вызд.	
	Вскорѣ послѣ операціи сильное послѣдоват. кровотеченіе; Поступлено, какъ и въ № 420; кромѣ того вокругъ дренажа рана тампонирована іодоформной марлей. Сильный cystitis; держался упорно; промыванія. На 12 д. удаленъ дренажъ. Обостреніе cystitidis и лихорадки; на 21 д. снова дренажъ; промыванія. Съ 57 д. мутная моча per urethram. На 71 д. cystitis хуже; рубецъ отечный; снова дренажъ. На 76 д. упадокъ силъ, мочи мало, рвота, боли въ лѣвой почечной области. Введенъ дренажъ; улучшеніе. На 84 д. при промываніи вышло до много мочеваго песку. На 116 д. рана окончательно закрылась; моча свѣтлѣе. По временамъ лихорадка, вслѣдствіе pyelitidis. Образовался лѣвый околопочечный нарывъ, вскрытъ; свищъ на поясницѣ не заживаетъ болѣе года.	Наход. на излеченіи.	

Таблица II составлена изъ случаевъ высокаго камнесѣченія опубликованныхъ въ различныхъ медицинскихъ изданіяхъ, а также благодаря письмамъ товарищей, любезно приславшихъ свѣдѣнія о своихъ операціяхъ.

Конечно, собранный матеріалъ далеко не обнимаетъ всѣхъ случаевъ sectionis altae, сдѣланныхъ за послѣднее время въ Россіи. По независящимъ отъ насъ обстоятельствамъ, въ таблицу не вошли достовѣрно извѣстные случаи высокаго камнесѣченія московскихъ больницъ, д-ровъ: *Ассендельфта*, *Розенбаума* (см. Прот. Кавказ. Медиц. Об—ва 17 Октября 1888 г. № 7), *Вдовиковскаго*, *Капацинскаго*, *Карпеченко* и др.

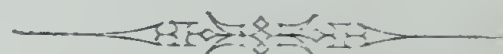


ТАБЛИЦА III.

Случаи высокаго камнесѣченія, выполненнаго ради удаленія новообразованій и постороннихъ тѣлъ пузыря.

№№ по порядку	Кто оперировалъ. Состояніе больнаго и мочи. Способъ операціи. Послѣопераціонный періодъ. Вскрытіе.	Исходъ.
1	**Орловскій** (1883). Больной 33 л. Общее состояніе хорошо. Въ пьяномъ видѣ ввелъ себѣ мягкій бужъ, который онъ употреблялъ для расширенія стриктуры. Моча мутная, съ примѣсью небольш. количества крови. Sectio alta при налитомъ пузырѣ и кольпейринтерѣ; безъ осложненій. Извлеченъ весь бужъ, покрытый фосфорно-кислыми солями. На пузырь кэтгутовый швъ *Gély*. На рану брюшной стѣнки швъ; катетръ à demeure; антисептическая повязка. Весьма благопріятное безлихорадочное теченіе. Prima пузырнаго шва. Выписанъ вполнѣ здоровымъ; моча нормальна.	Выздор. черезъ 17 д.
2	**Орловскій** (1885). Больной 58 л. Общее состояніе хорошо. Моча мутная, вонючая, съ амміачнымъ запахомъ. Наканунѣ поступленія въ больницу у больнаго отломилась и проскользнула въ пузырь $^1/_4$ стараго мягкаго бужа, вводимаго для расширенія стриктуры. Внутренняя уретротомія инструментомъ *Maisoneuv'a*; неудачная проба извлеченія бужа инструментомъ *Collin'a*. Сдѣлана sectio alta при налитомъ пузырѣ и кольпейринтерѣ. Извлеченъ бужъ въ $5^1/_2$ дюйма; покрытъ значит. количествомъ солей. Независимо отъ этого удалено мочеваго песку около чайной ложечки. Тотъ же уходъ, но швъ шелкомъ. На 7 д. сняты швы брюшной стѣнки; заживленіе per primam на небольшомъ пространствѣ. Рана пузыря—per primam. Катетръ à demeure удаленъ на 7 д.; съ этого дня онъ вводился каждые 3 ч. Моча мало по малу улучшалась. Послѣопер. періодъ безъ осложненій. Выписанъ на 25 д. послѣ операціи съ незначительнымъ свищемъ, который окончательно закрылся черезъ 3 недѣли. «Gazeta lekarska». 1885. Central. f. Chir. 1885. Письмо д-ра Орловскаго.	Выздор. черезъ 48 д.
3	**Орловскій** (1885). Больной 56 л.; боленъ 2 года. Моча прозрачна, кисла. Въ мочѣ в. часто замѣчались маленькія кусочки ткани, величиною въ булавочную головку и болѣе, также кровь. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ, оказался—мягкій ракъ. Sectio alta при тѣхъ же условіяхъ. *Carcinoma medullare*. Опухоль діаметр.	Умеръ на 5 д.

№№ по порядку.	Кто оперировалъ. Состояніе больнаго и мочи. Способъ операціи. Послѣопераціонный періодъ. Вскрытіе.	Исходъ.
	въ 3 с. находилась недалеко отъ отверстія лѣваго мочеточника. Удалена помощью проволочной петли. Вся внутренняя поверхность пузыря, пользуясь солнечнымъ днемъ, была прекрасно освѣщена во время операціи, помощью рефлектора; вся слизистая оболочка, всѣ ея измѣненія видны были, какъ на ладони. Тотъ же уходъ за раной. Незначительное кровотеченіе послѣ удаленія опухоли. На 4 д. сняты швы брюшной раны; почти вездѣ prima. Катетръ à demeure лежалъ все время. Первые 3 д. ничего особеннаго; состояніе оперированнаго относительно хорошо. На 4 д. неожиданно—упадокъ силъ и ночью на 5 д. смерть при явленіяхъ усиливающагося колляпса. Вскрытіе не было дозволено. Рисунокъ новообразованія опубликованъ д-ромъ *Шульстеромъ* въ «Wien. med. Wochenschr». 1886. № 13.	
4	Проф. **Склифосовскій** (1886). Больной 34 лѣтъ; боленъ 3 года. Моча щелочная; содержитъ кровь и гной. Частые позывы къ мочеиспусканію кровавой мочи. Стриктура уретры. Въ пузырь 300 к. с. 2% раствора борной кислоты. Sectio alta; для болѣе удобнаго извлеченія новообразованія прибавлена еще sectio mediana. *Papilloma*. Новообразованіе занимало дно пузыря, преимущественно вокругъ отверстія уретры. Дренажъ пузыря; на рану брюшной стѣнки швовъ до дренажа; антисептическая повязка. Выздоровѣлъ безъ осложненій. Черезъ годъ здоровъ; иногда показывается еще кровянистая моча, но ничтожное количество. Письмо проф. *Склифосовскаго* отъ 4 октября 1888 г.	Выздор.
5	**Савостицкій**. (1886). Больной 70 л.; боленъ 4 года. Истощенъ; эмфизема. Артеріосклерозъ височныхъ и плечевыхъ артерій. Шумъ на первомъ тонѣ, яснѣе выраженъ въ сторонѣ аорты. Сонъ плохъ, аппетитъ тоже; не лихорадитъ. Моча сильно окрашена кровью; гноя мало; амміачный запахъ. Микроскопич. изслѣдованіе показало большое количество сморщенныхъ красныхъ тѣлецъ, гнойныхъ клѣтокъ, эпителіальныхъ мочеваго пузыря и кристалловъ трипль-фосфатовъ. До поступленія въ больницу долго лечился различными кровоостанав. средствами, но безъ успѣха. Сперва сдѣ	Умеръ на 5 д.

№№ по порядку.	Кто оперировалъ. Состояніе больнаго и мочи. Способъ операціи. Послѣопераціонный періодъ. Вскрытіе.	Исходъ.
	лана sectio mediana; для болѣе удобнаго извлеченія опухоли прибавлена еще sectio alta. *Excrescentiae polyposae.* Длинными щипцами были откручены три полипозныхъ нароста; остальные мелкіе полипы просто раздавлены тѣми же щипцами, а нѣкоторые отдѣлены ногтемъ указательнаго пальца. Длинныя предохранит. лигатуры, наложенныя на пузырь во время операціи черезъ толщу брюшной стѣнки, сближены и завязаны узлами. Дренажъ пузыря и антисептическая повязка. На 5 д. смерть при явленіяхъ прогрессирующей слабости. **Вскрытіе.** Bronchitis purul., bronchiectasia et emphysema pulm.; adiposis cordis, hypertr. ventriculi sin. cordis et endoarteritis deformans aortae. Cancer hepatis in lobo dext.; carcinoma metasto: hepatis, renum, ventriculi et gland. bronchial. Hypertr. vesicae urin., excrescentiae polyposae mucosae et cystitis chr. *Введенскій*, [113]), Хирург. Вѣстн. 1887.	

III.

Представивъ выше, по возможности, краткую оцѣнку собранныхъ случаевъ операціи доантисептическаго періода, имѣющихъ для насъ въ настоящее время лишь историческій интересъ, переходимъ къ подробной оцѣнкѣ матеріала II таблицы.

I. Возрастъ оперированныхъ. Высокимъ сѣченіемъ оперировано въ возрастѣ:

Отъ 1 до 5 лѣтъ	122.	Отъ 30 до 35 лѣтъ	7.
» 5 » 10 »	117.	» 35 » 40 »	5.
» 10 » 15 »	44.	» 40 » 45 »	4.
» 15 » 20 »	24.	» 45 » 60 »	12.
» 20 » 25 »	31.	» 60 и дальше	12.
» 25 » 30 »	17.	Года не обозначены	32.

Всего . . 427 случ.

Полъ оперированныхъ. На все число собранныхъ случаевъ, считая и матеріалъ доантисептическаго времени, операціи подверглись только 19 дѣвочекъ, въ возрастѣ отъ $2^1/_2$ до 10-ти лѣтъ, и 1 женщина 27 лѣтъ, всего слѣдовательно оперировано высокимъ сѣченіемъ 20 больныхъ женскаго пола.

Только что сказанное, какъ нельзя болѣе, подтверждаетъ выводъ, сдѣланный *Пеликаномъ* относительно частоты каменной болѣзни у женщинъ (1 ж.: 27 мужч.); въ нашемъ матеріалѣ отношеніе это нѣсколько меньше, а именно 1 ж. на 24,7 мужч.

Что касается до упомянутаго уже нами раньше факта, отмѣченнаго *Веревкинымъ*: «изъ оперированныхъ дѣвочекъ не умерла ни одна», то съ своей стороны намъ, наряду съ многими другими, приходится подтвердить сдѣланное наблюденіе, какъ бы говорящее въ пользу лучшихъ результатовъ операціи у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ.

Какъ видно изъ I и II таблицъ, на все число оперированныхъ женскаго пола получено 3 летальныхъ исхода: одинъ въ доантисептическій періодъ (дѣвочка 10 л., причина смерти неизвѣстна), два остальныхъ въ антисептическій; послѣдніе не имѣютъ никакой связи съ операціей, такъ какъ въ одномъ летальный исходъ послѣдовалъ на 18 д. отъ дизентеріи, въ другомъ на 60 д. отъ катарральной пневмоніи. Такимъ образомъ и намъ приходится констатировать фактъ, подмѣченный *Веревкинымъ*; однако, весьма малое число наблюденій удерживаютъ насъ отъ какихъ либо конечныхъ выводовъ.

Безспорно, анатомическое устройство мочевыхъ путей играетъ главную роль въ объясненіи причины рѣдкости каменной болѣзни у женщинъ въ такихъ мѣстностяхъ, гдѣ у мужчинъ камни попадаются эндемически; но другихъ какихъ-либо анатомическихъ условій, благопріятныхъ высокому камнесѣченію, у нихъ не имѣется. Весьма возможно, что ширина, малая длина ихъ уретры, являются моментами благопріятными для послѣопераціоннаго періода, такъ какъ обусловливаютъ намъ болѣе свободное истеченіе мочи, а это имѣетъ огромное значеніе для исхода операціи; тѣмъ не мѣнѣе врядъ-ли одни эти условія могутъ намъ дать право смотрѣть на высокое камнесѣченіе у женщинъ, какъ на операцію, оканчивающуюся всегда или почти всегда счастливымъ исходомъ. У женщинъ литотомія будетъ всегда рѣдкой операціей, такъ какъ сказанныя анатомическія условія въ огромномъ большинствѣ случаевъ допускаютъ ограничиться камнедробленіемъ; тамъ-же, гдѣ нужна кровавая операція, colpocystotomia является достойной соперницей высокаго камнесѣченія, и многіе, весьма основательно, предпочитаютъ первую послѣдней.

Продолжительность болѣзни и общее состояніе до операціи. Какъ видно изъ таблицы II, продолжительность болѣзни нашихъ оперированныхъ колебалась въ самыхъ широкихъ размѣрахъ: отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ и до многихъ лѣтъ. Тоже самое слѣдуетъ сказать и объ общемъ состояніи больныхъ; подвергались операціи больные съ прекраснымъ общимъ состояніемъ, цвѣтущимъ здоровьемъ и, наоборотъ, съ рѣзко выраженнымъ общимъ истощеніемъ, страшными болями, значительными лихорадочными движеніями температуры; бывали случаи, гдѣ операція примѣнялась in extremis.

Не смотря на многократное тщательное разсмотрѣніе собраннаго матеріала, къ сожалѣнію, намъ не удалось установить какой-либо

связи между продолжительностью болѣзни, общимъ состояніемъ оперированныхъ, степенью пораженія мочевыхъ путей и, наконецъ, составомъ и величиной камня. Недостатокъ тѣхъ или другихъ данныхъ лишилъ возможности сдѣлать какой-либо выводъ въ сказанномъ направленіи. А между тѣмъ вопросъ этотъ представляетъ немалый интересъ.

Какъ объяснить такіе нерѣдко попадающіеся случаи: продолжительность болѣзни нѣсколько мѣсяцевъ, хорошее общее состояніе, моча же представляетъ сильныя измѣненія, указывающія на глубокое пораженіе пузыря; болѣе того, лихорадочныя движенія температуры и боли по направленію мочеточниковъ и въ области почекъ даютъ право заподозрить въ значительномъ заболѣваніи самой почечной ткани.

Съ другой стороны иногда можно встрѣтить больныхъ, замѣтившихъ первыя разстройства въ мочеиспусканіи за нѣсколько лѣтъ до операціи, моча которыхъ представляетъ лишь незначительныя измѣненія, легко поддающіяся терапіи, при отличномъ общемъ состояніи. Не рѣдкость, если къ только что сказаннымъ, рѣзко отличающимся другъ отъ друга картинамъ болѣзни, мы должны будемъ прибавить, что въ первомъ случаѣ камень былъ малъ, а въ послѣднемъ великъ.

Какъ объяснить такую огромную разницу въ эффектѣ одной и той-же производящей причины? Одной обстановкой больнаго, индивидуальностью, или-же чѣмъ либо болѣе существеннымъ? Отвѣтъ на всѣ эти вопросы можетъ намъ дать лишь подробное и тщательное сопоставленіе достаточно обильнаго матеріала; только путемъ статистической разработки, опираясь на могущія встрѣтиться патолого-анатомическія изслѣдованія, мы будемъ въ состояніи рѣшить намѣченные вопросы болѣе или менѣе удовлетворительно.

При такомъ способѣ изслѣдованія ближе всего можно подойти къ рѣшенію той части патологіи каменной болѣзни, а именно рецедивовъ камней, которая остается почти незатронутой.

Несомнѣнно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ операція камнесѣченія не только радикально излечиваетъ отъ присутствія камня, но и гарантируетъ намъ дальнѣйшее, часто весьма долгое, существованіе безъ всякихъ разстройствъ со стороны мочевыхъ путей. Стоитъ сдѣлать операцію, извлечь камень, какъ исчезаютъ разстройства въ мочеиспусканіи, улучшается и исправляется моча, и наступаетъ общее благосостояніе; а между тѣмъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ, послѣ такой благодѣтельной операціи мы отсы-

*

лаемъ нашихъ оперированныхъ снова въ ту-же самую обстановку, при которой ими полученъ камень, и они живутъ многіе годы, какъ-бы застрахованными отъ возврата болѣзни. Наоборотъ, хотя и рѣдко, бываютъ оперированные, которые снова ищутъ хирургической помощи ради рецедива той-же самой болѣзни. Какъ смотрѣть на каменную болѣзнь въ первомъ и второмъ случаѣ? Общая-ли она или мѣстная? Почему тѣ чисто физико-химическіе законы выпаденія солей изъ растворовъ, при тѣхъ или другихъ этіологическихъ моментахъ, какіе лежатъ въ основѣ образованія камней въ той или другой полости, имѣютъ мѣсто только разъ въ жизни, не смотря на возвращеніе больного въ ту-же самую обстановку, къ тому-же самому режиму, при которомъ онъ получилъ свой камень?

Имѣемъ-ли мы право смотрѣть на рецедивы камней, какъ на послѣдствія операціи, при которой мы или не вполнѣ опорожнили пузырь, или же не вполнѣ излечили ту или другую степень пораженія пузыря? Какіе камни по составу даютъ намъ наиболѣе быструю и рѣзкую картину пораженія пузыря? Какіе камни наичаще рецедивируютъ и рецедивируютъ-ли они своимъ тѣмъ-же составомъ? При какихъ камняхъ мы вправѣ наичаще ожидать глубокихъ измѣненій со стороны почечной ткани?

Вотъ, какъ намъ кажется, вопросы, на которые отвѣтъ крайне желателенъ. Отвѣтъ можетъ быть данъ путемъ разработки собраннаго матеріала; къ сожалѣнію, мы лично лишены возможности дать хотя что либо для разъясненія этихъ вопросовъ, такъ какъ въ этомъ отношеніи нашъ матеріалъ неполонъ.

Приступая къ оцѣнкѣ операціи, мы позаботились найти твердую точку опоры для разбора собраннаго матеріала. Чѣмъ руководствоваться при оцѣнкѣ операціи? Что взять въ основу для заключенія о преимуществахъ того или другаго метода камнесѣченія? Вѣсъ извлеченнаго камня, возрастъ оперированнаго или же характеръ мочи?

Конечно, послѣднее, такъ какъ только моча можетъ указать намъ на ту или другую степень пораженія мочевыхъ путей, состояніе которыхъ главнымъ образомъ обусловливаетъ намъ исходъ операціи. Преимущества оперативнаго метода дѣлаются всего болѣе очевидными только при сопоставленіи случаевъ тяжелыхъ, а не легкихъ, при которыхъ каждый изъ методовъ камнесѣченія можетъ намъ дать блестящіе результаты. Что дастъ намъ оцѣнка операціи по возрасту? Ничего; такъ какъ въ различныхъ возрастахъ могутъ

быть случаи легкіе и тяжелые. Что дастъ намъ оцѣнка операціи по вѣсу камня? Также ничего; такъ какъ малый камень можетъ быть у истощеннаго старика съ плохой мочей, а большой—у ребенка съ хорошей мочей и цвѣтущимъ здоровьемъ. Могутъ-ли, наконецъ, быть правильными наши заключенія объ операціи, когда мы ихъ дѣлаемъ не распредѣливъ, какъ слѣдуетъ, нашего матеріала, не различая случаевъ легкихъ отъ тяжелыхъ? Понятно, нѣтъ.

Вотъ почему, желая, по возможности, ближе подойти къ наиболѣе вѣрнымъ выводамъ, *точкой опоры для нихъ мы выбрали то или другое состояніе мочи и пузыря*, при которомъ производилась операція, и раздѣлили, по примѣру проф. *Богдановскаго,* весь собранный матеріалъ на 5 группъ. Къ этимъ 5 прибавили еще 6 группу, куда отнесены случаи, о которыхъ неимѣется подробныхъ свѣдѣній.

Не подлежитъ сомнѣнію, что только такое распредѣленіе матеріала, согласно патолого-анатомическимъ измѣненіямъ мочевыхъ путей, является наиболѣе пригоднымъ для вѣрной оцѣнки операціи.

ТАБЛИЦА IV.

Распредѣленіе оперированныхъ на 5 группъ по степени пораженія пузыря и почекъ.

Группа I.	Почти нормальныя физическія и химическія качества мочи; также моча кислой, слабокислой реакціи, мутноватая, съ небольшимъ слоемъ осадка. Общее состояніе хорошее, температура нормальна.	226 случ.
Группа II.	Моча мутная, даетъ обильный осадокъ изъ слизи и гноя, щелочной реакціи. При такомъ-же осадкѣ моча можетъ имѣть нейтральную, слабокислую реакцію; иногда въ мочѣ кровь. Общее состояніе хорошее или немного подорвано. Температура лихорадочная.	63 случ.
Группа III.	Явленія со стороны мочи тѣже, но рѣзче выражены. Моча мутная, щелочной реакціи, вонючая, даетъ осадокъ слизи и гноя, примѣсь крови и клѣтокъ пузырнаго эпителія. Въ мочѣ бѣлокъ; лихорадочныя движенія температуры. Кромѣ всѣхъ перечисленныхъ свойствъ мочи, нерѣдко наблюдаются боли въ области почекъ. Общее состояніе плохо.	67 случ.

Группа IV.	Рецедивы камней.	8 случ.
Группа V.	Calculi prostato-vesicales. Къ этой же группѣ отнесены камни въ дивертикулѣ, плотно охваченные слизистой оболочкой пузыря, и осложненія камней новообразованіями пузыря. Свойства мочи тѣже, что въ III группѣ, или еще хуже. Общее состояніе и температура тѣ-же.	28 случ.
Группа VI.	Свѣдѣній не имѣется.	30 случ.

Распредѣливъ матеріалъ по группамъ, идемъ дальше; къ разбору каждой отдѣльной группы вернемся при оцѣнкѣ послѣоперационнаго періода и исхода операціи.

2. Способъ операціи. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ операція произведена при одномъ налитомъ пузырѣ, рѣже при налитомъ пузырѣ и кольпейринтерѣ. Только въ исключительныхъ случаяхъ sectio alta дѣлалась безъ наливанія пузыря и кольпейринтера.

Почти всегда больные до операціи подвергались систематическому леченію, съ цѣлью улучшить общее состояніе и исправить мочу: дѣлались промыванія пузыря тою или другою дезинфецирующею жидкостью; внутрь назначались: nat. benzoic. nat. salycil. resorcin., magn. boro—citrica, taninum. Больные получали укрѣпляющую діэту, ванны и соблюдали покойное положеніе на спинѣ; такъ что къ операціи въ большинствѣ приступали послѣ нѣкотораго улучшенія общаго состоянія и улучшенія мочи. Какъ рѣдкость, въ случаяхъ съ мучительными страданіями, операція производилась немедленно. Почти всѣмъ наканунѣ операціи назначалась ванна и слабительное; въ день операціи клизма и антисептическій туалетъ больнаго; нѣкоторые назначали еще ванну и въ день операціи.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ операція производилась при наркозѣ чистымъ хлороформомъ. Исключеніе составило примѣненіе хлороформнаго наркоза и, мѣстно, кокаина; въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ нельзя было почему либо окончить операцію подъ хлороформомъ, она оканчивалась подъ кокаиномъ (*Ващенко*); одинъ разъ, по случаю атероматознаго процесса въ сосудахъ, вся операція произведена подъ однимъ кокаиномъ (5% растворъ на различную глубину; *Гагенъ-Торнъ*) и однажды операція произведена подъ наркозомъ изъ смѣси хлороформа (200), эфира и спирта (по 60; *Гагенъ Торнъ*).

Какъ сказано, во время самой операціи пузырь, послѣ его промыванія, наливался тою или другою дезинфецирующею жидкостью, преимущественно растворомъ борной кислоты; наичаще онъ наливался до тѣхъ поръ, пока надъ лобкомъ не обрисовывалась ясная припухлость отъ растянутаго пузыря. Сколько вводилось при этомъ жидкости въ пузырь неизвѣстно; здѣсь, какъ мы увидимъ ниже, должны быть допустимы большія индивидуальныя колебанія. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ обозначено количество введенной жидкости, оно слѣдующее: 180 куб. с. (20 л.), 150 куб. с. (18 л.), 310 куб. с. (27 л.), 100 куб. с. (73 г.), 100 куб. с. (3 г.), 300 куб. с. (19 л.), 250 куб. с. (22 г.), 150 куб. с. (20 л.), 200 куб. с (28 л.), 300 куб. с. (34 г.), 420 куб. с. (22 г.). Очевидно, количества вводимой жидкости не велики; нѣтъ сомнѣнія, что и при этихъ незначительныхъ количествахъ можно вполнѣ безопасно подойти къ пузырю.

Тѣ-же колебанія замѣчаются и въ количествѣ жидкости, вводимой въ кольпейринтеръ, а именно; 200 куб. с. въ пузырь, 200 куб. с. въ кольпейринтеръ (75 л.), 175 куб. с. въ пузырь, 118 куб. с. въ кольпейринтеръ (8 л. дѣвочка), 150 куб. с. въ пузырь, 100 куб. с. въ кольпейринтеръ (3 л. дѣвочка), 90 куб. с. (5 л.), 120 куб. с. (3 л.), 120 куб. с. въ пузырь, 716 въ кольпейринтеръ (28 л.), 300 куб. с. въ пузырь, 600 куб. с. въ кольпейринтеръ (20 л.), 120 куб. с. въ пузырь, 540 куб. с. въ кольпейринтеръ (28 л.), 180 куб. с. въ пузырь, 360 куб. с. въ кольпейринтеръ (25 л.), 150 куб. с. въ пузырь, 540 куб. с. въ кольпейринтеръ (18 л.), 105 куб. с. въ пузырь, 180 куб. с. въ кольпейринтеръ (14 л.), 240 куб. с. въ пузырь, 300 куб. с. въ кольпейринтеръ (23 л.), 240 куб. с. въ пузырь, 330 куб. с. въ кольпейринтеръ (18 л.), 180 куб. с. въ пузырь, 120 куб. с. въ кольпейринтеръ (10 л.), отъ 80 до 160 куб. с. въ пузырь и столько-же въ кольпейринтеръ (дѣти до 5-ти лѣтъ). Довольно часто вмѣсто кольпейринтера примѣнялся мягкій эластическій катетеръ, съ надѣтой на его концѣ тонкой гуттаперчевой тканью, расширявшейся по мѣрѣ наполненія растворомъ (*Иршикъ*, *Войно*); въ нѣсколькихъ случаяхъ кольпейринтеръ замѣненъ двумя пальцами, введенными въ прямую кишку (*Никольская*, *Розенбаумъ*); наконецъ, нѣсколько разъ вмѣсто кольпейринтера вводилась простая губка (*Ассендельфтъ* и др.).

Разрѣзъ брюшной стѣнки всегда дѣлался (длиною въ 4—12 с.) строго по средней линіи живота; никакихъ другихъ разрѣзовъ, а ихъ, какъ мы увидимъ ниже, предложено не мало, не дѣлалось; какъ рѣдкія исключенія, въ одномъ случаѣ пришлось перерѣзать при-

крѣпленія прямыхъ мышцъ (№ 27, *Тернеръ*), въ другомъ-брюшная рана расширена тѣмъ, что mm. recti были нѣсколько подрѣзаны въ бока (№№ 46, 195, *Кѣтлинскій*, *Зеленковъ*). Fascia transversa разрѣзывалась или отъ руки, или по желобоватому зонду; послѣ этого разрѣза въ иныхъ случаяхъ приходилось удалять ножницами выпячивающіеся комки жира околопузырной клѣтчатки, иначе поле операціи совершенно затемнялось (*Ассендельфтъ*). Подойдя къ околопузырной клѣтчаткѣ, всѣ дѣйствовали съ величайшей осторожностью, переходя обыкновенно отъ острыхъ инструментовъ къ тупымъ или оперируя пальцами. Какъ мы увидимъ ниже, въ громадномъ большинствѣ случаевъ sectio alta проходила безъ того, чтобы складка брюшины была видна въ верхнемъ углу брюшной раны; въ рѣдкихъ случаяхъ ее осторожно защищали пальцами, отстраняя вверхъ, что дѣлается крайне легко.

Пузырь обыкновенно вскрывался сразу, весьма рѣдко—послойно. Разрѣзъ дѣлался, придерживая пузырь острымъ крючкомъ, двумя острыми крючками, пинцетомъ съ зажимомъ, лигатурой, наложенной выше будущаго разрѣза пузыря, двумя лигатурами. Меньшинство вскрывало пузырь, руководствуясь клювомъ катетра. Разрѣзъ дѣлался по вертикальной линіи; длина его колебалась въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и прямо зависѣла отъ величины камня; въ случаѣ нужды разрѣзъ обыкновенно удлиннялся внизъ, къ симфизу; дѣлалось это крайне осторожно, въ виду близости расположеннаго здѣсь веннаго сплетенія и возможности его раненія. Одинъ только разъ, въ исключительномъ случаѣ, д-ру *Мультановскому* пришлось сдѣлать, кромѣ продольнаго, еще поперечные разрѣзы пузыря.

Извлеченіе камня, вообще легкое, дѣлалось корнцангомъ, ложкой, маленькими щипцами. Довольно часто при захватываніи камня верхняя его кора дробилась; въ 15 случ. извлеченіе камней возможно было только при предварительномъ ихъ раздробленіи. Какъ будетъ видно ниже, обыкновенно такое дробленіе сопровождалось значительной травмой пузыря и было продолжительно. Одинъ только разъ (№ 1 доантисептическаго періода, *Грумъ*) камень не могъ быть извлеченъ.

По удаленіи камня, слѣдовало тщательное изслѣдованіе пузыря и такое-же промываніе его дезинфецирующими растворами; кончали операцію наложеніемъ полнаго или частичнаго шва на пузырь, или же примѣняли тотъ или другой уходъ за раной пузыря и брюшной стѣнки, о чемъ ниже. Почти, какъ правило, — кровотеченіе при операціи весьма незначительное.

Вотъ способы, практивовавшіеся у насъ при выполненіи высокаго камнесѣченія. Посмотримъ: можно-ли ихъ считать вполнѣ выроботанными и нельзя-ли, изъ анализа собраннаго матеріала, выбрать такой методъ, который считался-бы наиболѣе совершеннымъ. Къ этому мы ближе всего подойдемъ, разсмотрѣвъ тѣ осложненія, которыя встрѣтились въ собранныхъ случаяхъ.

ТАБЛИЦА V.

№№ по порядку.	Осложненія во время операціи.	Число случаевъ.	Выздоровѣло.	Умерло.
1	Раненіе брюшины	3	1	2
2	Надрывъ брюшины при извлеченіи камня . .	2	1	1
3	Самопроизвольный разрывъ брюшины послѣ операціи	1	1	—
4	Брюшина сращена съ симфизомъ	2	2	—
5	Брюшина видна въ верхнемъ углу раны	32	29	3
6	Выпячиваніе внутренностей въ рану во время операціи	1	—	1
7	Выпячиваніе въ рану слизистой оболочки пузыря.	5	2	3
8	Выпячиваніе въ рану околопузырной жирной клѣтчатки	11	11	—
9	Кровотеч. во время операціи } сильное . . .	11	9	2
	Кровотеч. во время операціи } значительное . .	26	26	—
10	Кровотеченіе изъ пузыря во время его наливанія.	1	1	—
11	Крестообразный разрѣзъ пузыря	1	1	—
12	Вторичный разрѣзъ пузыря	4	4	—
13	Надрывъ пузыря при извлеченіи камня	3	3	—
14	Пузырь проткнутъ итинераріемъ	1	1	—
15	Камень дробился	15	10	5
16	Трудное извлеченіе камня	34	19	15
17	Камень не извлеченъ	1	—	1
18	Камень не найденъ во время операціи	1	1	—
19	Камень осложненъ опухолью пузыря	2	2	—
20	Sectio alta осложнена другими операціями (lithotripsia, lithotomia lateralis, mediana, urethrotomia interna, externa	22	14	8

Въ только что приведенной таблицѣ собраны всѣ осложненія, встрѣтившіяся при выполненіи 494 операцій. На этотъ разъ мы соединили въ одно, какъ случаи доантисептическаго, такъ и антисептическаго періода операціи; мотивы, заставившіе насъ поступить такимъ образомъ,—понятны.

1) **Раненіе брюшины** наблюдалось 3 раза (№№ 47, 160 и 314), что составляетъ 0,6% на все число операцій; изъ нихъ окончилось летально 2 (peritonitis, dysenteria). Какъ видно, раненіе брюшины встрѣтилось крайне рѣдко и современный оперативный методъ sectionis altae почти вполнѣ гарантируетъ насъ отъ этого нежелательнаго осложненія.

Съ момента возникновенія sectionis altae, раненіе брюшины считалось наиболѣе опаснымъ осложненіемъ; настолько опаснымъ, что почти исключительно оно и было причиной долгаго неуспѣха операціи. Изъ исторіи операціи мы узнаемъ, что уже въ 1580 г., т. е. черезъ 20 лѣтъ послѣ впервые произведенной *Franco*'омъ эпицистотоміи, появляется попытка дать такой методъ, при которомъ мы были бы гарантированы отъ раненія брюшины. *Rousset*, современникъ *Ambroise Paré*, первый предложилъ дѣлать высокое камнесѣченіе при наполненномъ пузырѣ, съ цѣлью удалить складку peritonei вверхъ и тѣмъ обезпечить себѣ поле операціи. Растяженіе пузыря могло быть достигнуто или: a) непосредственнымъ наполненіемъ его передъ операціей, или b) въ случаяхъ сильно чувствительнаго пузыря, гдѣ наливаніе вызывало сильныя боли, наполненіе его достигалось, пріучивъ пузырь къ постепенному растяженію, перевязавъ или сжавъ уретру за день или за два до операціи и назначивъ больному какое либо мочегонное.

Въ XVII столѣтіи голландскій хирургъ *K. Sollingen* дѣлалъ эпицистотомію, предварительно надувъ пузырь воздухомъ. Въ XVIII столѣтіи *Frère Côme* вводитъ въ употребленіе свой стрѣловидный зондъ; при помощи его знаменитый изобрѣтатель lithotome caché оперировалъ высокимъ камнесѣченіемъ весьма счастливо (19% смертности); однако, далеко небезопасный инструментъ не могъ не вызвать справедливыхъ порицаній и, не смотря на массу усовершенствованій и видоизмѣненій, онъ оставленъ всѣми. Нашему времени принадлежитъ заслуга разработки наиболѣе безопаснаго метода операціи. Въ этомъ отношеніи главная заслуга принадлежитъ *Garson*'у [114]).

На VII конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ *Braune* докладываетъ результаты изслѣдованій *Garson*, доказавшаго экспериментальнымъ путемъ, что при наполненіи пузыря и растяженіи прямой кишки, пузырь смѣщается вверхъ, приподымаетъ складку peritonei, оставляя такимъ образомъ весьма значительную часть передней стѣнки пузыря, свободной отъ брюшины. Это измѣненіе во взаимномъ поло-

женіи peritonei и пузыря было отмѣчено имъ, какъ обстоятельство въ высшей степени важное для безопаснаго выполненія высокаго камнесѣченія.

Вполнѣ убѣдительно это было доказано профессоромъ *F. Petersen*'омъ [115]), изслѣдовавшимъ 10 труповъ при налитомъ пузырѣ и расширенной прямой кишкой, куда, съ цѣлью приподнятія пузыря, онъ вводилъ кольпейринтеръ, наполненный водой. Данная имъ таблица указываетъ (стр. 756 и 757), что при такомъ приподнятіи растянутаго пузыря кольпейринтеромъ, складка брюшины приподнимается надъ краемъ симфиза весьма значительно, настолько значительно, что вполнѣ гарантируетъ насъ отъ раненія брюшины.

Просматривая таблицу мы видимъ, что количество впрыснутой жидкости, какъ въ пузырь, такъ и кольпейринтеръ, играетъ существенную роль при оттѣсненіи складки брюшины; такъ, въ первомъ опытѣ (40—45 л. мужчина съ хорошо развитымъ жирнымъ слоемъ) при пустомъ пузырѣ и прямой кишкѣ складка брюшины лежала на два поперечныхъ пальца ниже верхняго края симфиза; при одномъ только кольпейринтерѣ положеніе измѣнилось такъ, что брюшинная складка стояла уже ниже верхняго края симфиза на одинъ палецъ; при пузырѣ и кольпейринтерѣ съ 400 куб. с. жидкости она поднялась надъ симфизомъ на 15 мм.; при томъ же количествѣ жидкости въ пузырѣ и 600 куб. с. въ кольпейринтерѣ она поднялась на 26 мм., наконецъ, при 600 куб. с. въ пузырѣ и кольпейринтерѣ складка брюшины поднялась на 35 мм. Въ 2-хъ опытахъ (70—50 л. мужчина съ обильно развитымъ жирнымъ слоемъ) при 600 куб. с. въ прямой кишкѣ и пузырѣ складка брюшины поднялась на 65 мм.; тоже и въ остальныхъ опытахъ. Оказывается, что чѣмъ больше жидкости вводится въ пузырь и кольпейринтеръ, тѣмъ выше поднимается складка брюшины, тѣмъ, слѣдовательно, больше свободнаго мѣста для разрѣза передней стѣнки пузыря.

Изъ той-же таблицы видно, что на трупахъ съ хорошо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, извѣстное количество впрыснутой жидкости въ пузырь и въ кольпейринтеръ даетъ приподнятіе складки брюшины гораздо большее, чѣмъ тоже количество впрыснутой жидкости у исхудалыхъ (сравни 3 и 6 опыты съ 1, 2, 8 и 10), отсюда вытекаетъ практическое правило, отмѣченное *Petersen*'омъ: «je stärker der Panniculus adiposus entwickelt ist, man desto weniger zü injiciren braucht, um eine vom Peritoneum freie Stelle für die Operation zü gewinnen» (стр. 755).

Langenbuch [116]) въ своихъ немногочисленныхъ изслѣдаваніяхъ (4, 5) на трупахъ при наполненіи только одного пузыря 800—1000 куб. с. получилъ приподнятіе складки брюшины на 5—8 куб. с. (стр. 37).

Значительно подробнѣе разработанъ тотъ-же вопросъ *Bouley* [117]). Прежде всего онъ даетъ намъ таблицу результатовъ опытовъ при наполненіи одного только пузыря различными количествами жидкости (отъ 250 до 950 куб. с.). Оказывается, что при одномъ и томъ-же количествѣ впрыснутой въ пузырь жидкости, высота брюшинной складки колеблется весьма значительно; такъ, при 950 куб. с. брюшинная складка приподнялась надъ симфизомъ въ одномъ случаѣ на $7^1/_2$, въ другомъ на 10 с.; при 750 куб. с. она поднималась на 7, 6, $3^1/_2$ и на 3 с. надъ лоннымъ соединеніемъ; при 400 куб. с. колебанія тоже довольно рѣзки; складка приподнималась на 4, $3^1/_2$, 3, 2, 1 с. и т. д. Какъ видно, колебанія въ высотѣ поднятія складки peritonei весьма значительны и по всей вѣроятности зависятъ отъ состоянія питанія и главнымъ образомъ отъ количества подкожнаго жирнаго слоя, такъ что, въ обшемъ, для поднятія складки брюшины на ту или другую высоту надъ симфизомъ, слѣдуетъ впрыскивать въ пузырь худощавыхъ субъектовъ большія количества жидкости, чѣмъ людямъ жирнымъ (стр. 88).

Мы только что видѣли, что тотъ-же фактъ подмѣченъ и *Petersen*'омъ. Объясненіе его просто: у исхудалыхъ субъектовъ пузырь расширяется свободно въ полости малаго таза, не будучи ни чѣмъ стѣсненъ. Не то у жирныхъ,—здѣсь расширяться пузырю не такъ удобно, онъ стѣсненъ жиромъ, находящимся въ избыткѣ въ маломъ тазу и окружающимъ пузырь со всѣхъ сторонъ; слѣдовательно, при наливаніи пузыря онъ не можетъ расширяться въ бока, такъ свободно, какъ въ первомъ случаѣ, и ему остается расширяться по направленію вверхъ; жировая ткань какъ-бы выпираетъ его изъ полости таза въ полость брюшную. Однако, *Bouley*, отмѣчая сказанный фактъ, поступаетъ осторожнѣе *Petersen*'а, онъ не совѣтуетъ считать его правиломъ, такъ какъ: «il ne faut pas oublier q'il y a des differances individuelles tres marqueés» (стран. 88) *).

---

*) Вопросъ о высотѣ складки брюшины надъ симфизомъ при растянутомъ пузырѣ изслѣдованъ многими, причемъ результаты получены весьма разнорѣчивые. *Sappey* нашелъ, что въ случаяхъ переполненія пузыря, складка брюшины поднимается надъ симфизомъ на 4—5, чаще же—на 1, 5—2 сант. (*Flury*, стр. 11). *Mercier* опредѣлилъ maximum этого разстояніе въ 5 сант.

Провѣряя данныя, полученныя *Petersen'омъ* при примѣненіи способа *Garson'a*, *Boulcy* даетъ намъ таблицу результатовъ своихъ 30 опытовъ на трупахъ (отъ 16 до 77 лѣтъ), различно упитанныхъ, при различномъ наполненіи пузыря и кольпейринтера. Изъ таблицы (стр. 93) видно, что при примѣненіи кольпейринтера и наливаніи пузыря складка брюшины отходитъ вверхъ отъ симфиза на бо̀льшее разстояніе, чѣмъ при расширеніи одного только пузыря. Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, слѣдующіе: a) существуютъ индивидуальныя особенности, не позволяющія намъ вывести какое либо правило относительно поднятія складки брюшины при примѣненіи способа *Garson-Petersen'a*, b) въ общемъ, поднятіе складки брюшины довольно пропорціонально питанію субъекта. Это поднятіе весьма значительно у людей жирныхъ или средняго питанія, гораздо меньше у людей тощихъ. При впрыскиваніяхъ среднихъ, отъ 400 до 500 куб. с., по ровну, въ пузырь и кольпейринтеръ, слѣдуетъ считать, что складка брюшины поднимается надъ симфизомъ: *у людей жирныхъ на 7 сант. и выше, у среднеупитанныхъ на 6—7 сант., у исхудалыхъ на 5—6 сант. и у очень исхудалыхъ—на 3—4 сант. и ниже*. При расширеніи пузыря 250—300 куб. с. при кольпейринтерѣ съ 400—600 куб. с., условія при которыхъ наичаще производится операція высокаго камнесѣченія, цифры высоты брюшинной складки надъ симфизомъ: «*Sont à peine un peu moins prononcés*» (стр. 95).

Тоже и *Sabatier*; но онъ считаетъ такую высоту складки исключительною *Henle* говоритъ, что при чрезмѣрномъ растяженіи пузыря, когдъ верхушка его стоитъ противъ пупка, складка брюшины можетъ подняться надъ симфизомъ на 7 сант. Проф. *Таренецкій* въ своихъ изслѣдованіяхъ на замороженныхъ трупахъ нашелъ предѣлъ для приподнятія складки брюшины при наполненіи пузыря въ 3, 5 сант. *Langer* нашелъ, что высота складки измѣнчива; при поднятіи пузыря надъ лобкомъ на 5—6 сант. она колеблется между 2—$5^{1}/_{2}$ сант. Въ общемъ, чѣмъ выше верхушка пузыря, тѣмъ больше разстояніе брюшины отъ симфиза (*Flury*, стран. 15). *Pitha* наблюдалъ у стариковъ, особенно худощавыхъ, очень глубокое положеніе пузыря въ тазу; у нихъ складка брюшины доходитъ до верхняго края симфиза (*Flury*, стр. 17). *Tillaux* на рисункѣ 215 своей анатоміи даетъ разстояніе складки брюшины при расширенномъ пузырѣ равнымъ 3,5 сант. *Pouliot*, на основаніи своихъ изслѣдованій, согласенъ съ наблюденіями *Langer'a*, что высота брюшинной складки надъ лономъ находится всегда въ соотвѣтствіи съ степенью расширенія пузыря (*Flury*, стран. 14). Совершенно тоже нашелъ и *Boulcy*, провѣрявшій опыты *Pouliot* (стран. 99).

Желая прослѣдить, какъ колеблется высота брюшинной складки надъ симфизомъ при одномъ и томъ-же количествѣ впрыснутой жидкости въ пузырь и разныхъ количествахъ въ кольпейринтеръ, *Bouley*, на основаніи своихъ многочисленныхъ (65) изслѣдованій, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) *Полезное дѣйствіе кольпейринтера прекращается съ 400—600 куб. с. влитой жидкости.* Въ большинствѣ случаевъ, какъ только переходятъ указанныя количества, кольпейринтеръ или выпячивается изъ прямой кишки или же онъ подымается въ прямой кишкѣ, удлиняется *«en se moulant sur l'intestin»*. 2) При пузырѣ съ 300—400 куб. с. и кольпейринтерѣ съ 500 куб. с. жидкости или около того, можно уже разсчитывать па весьма значительное поднятіе брюшинной складки. Если не удается впрыснуть въ пузырь такихъ количествъ, то и при 150—200 куб. с. жидкости операція вполнѣ безопасна, такъ какъ складка брюшины подымается достаточно высоко (стр. 97).

Что касается женщинъ, то складка peritonei подымается у нихъ также, какъ и у мужчинъ. Относительно примѣненія у нихъ кольпейринтера, авторъ говоритъ, что, въ зависимости отъ матки, расширеніе кольпейринтера—труднѣе. Вводить его вмѣсто прямой кишки во влагалище *Bouley* не совѣтуетъ, такъ какъ при такомъ условіи онъ не выполняетъ своего назначенія. Въ силу анатомическихъ условій у женщинъ, впрыснутая въ пузырь жидкость можетъ быть удержана только при помощи сдавливанія уретры къ костямъ симфиза.

У дѣтей складка брышины никогда не доходитъ до симфиза ближе какъ на 3 сант. Изъ 3-хъ опытовъ на дѣтскихъ трупахъ, сдѣланныхъ авторомъ, оказалось, что при наполненномъ пузырѣ очень большая поверхность его свободна отъ брюшины. *У дѣтей легко можно обойтись безъ кольпейринтера* (стран. 99).

Въ томъ же году *Duschastelet* [118]) провѣрялъ результаты изслѣдованій *Petersen'a*. Его изслѣдованія на шести трупахъ подтвердили наблюденія *Petersen'a* и *Bouley*; между прочимъ онъ отмѣчаетъ, что на живыхъ извѣстное количество впрыснутой жидкости въ пузырь оттѣсняетъ складку брюшины гораздо значительнѣе, чѣмъ это наблюдается на трупахъ. Высота складки peritonei настолько значительна, что допускаетъ разрѣзъ въ 6 сант. и примѣненіе изобрѣтеннаго имъ особеннаго инструмента cystorraphe для наложенія пузырнаго шва.

Какъ изслѣдованія *Petersen'a*, такъ и *Duschastelet* и *Bouley*, произведены преимущественно на трупахъ взрослыхъ людей, а

между тѣмъ sectio alta весьма часто примѣняется въ дѣтскомъ возрастѣ, почему было желательно имѣть положительныя данныя относительно приподнятія складки брюшины у дѣтей при расширеніи пузыря и кольпейринтера. Работа въ этомъ направленіи выполнена *Mannheim'омъ*, по предложенію проф. *Bergmann'a*.

Mannheim [119]) произвелъ 240 опытовъ на дѣтскихъ трупахъ въ возрастѣ отъ $2^1/_2$ и до 8 лѣтъ. 80 опытовъ произведены при одномъ только наполненіи пузыря отъ 90 до 360 к. с. жидкости; 90 опытовъ произведены при наполненіи кольпейринтера 90 куб. с., пузыря отъ 10 до 270 куб. с. жидкости; 20 опытовъ при 140 куб. с. жидкости въ кольпейринтерѣ и 90 куб. с. въ пузырѣ; наконецъ, 50 опытовъ при кольпейринтерѣ съ 180 куб. с., при пузырѣ отъ 0 и до 360 куб. с. жидкости. Отсылая интересующихся этой работой подробно къ таблицѣ на страницѣ 14, мы здѣсь укажемъ, что при одномъ только пузырѣ, расширенномъ 90 куб. сант. жидкости, складка брюшины приподнималась на 5, 3.7, 3.5, 4.3, 4.5, 3.5, 3.5, 1, 1.5,0 сант.; при 180 куб. с. въ пузырѣ получены слѣдующія цифры: 5, 6,2, 5.5, 7.2, 6, 4.3, 5.3, 2.5, 3.5 сант.; при наполненіи пузыря и кольпейринтера 90 куб. с. жидкости высота складки брюшины надъ симфизомъ=5.5, 4.6, 4.5, 5, 4.6, 4.2, 5.8, 2.5, 5 сант.

Не приводя, ради краткости, всей таблицы, отмѣтимъ, что изслѣдованія *Mannheim'a* указываютъ намъ на вполнѣ достаточное приподнятіе складки брюшины надъ симфизомъ. Цифры, приведенныя мною въ томъ же порядкѣ, какъ онѣ поставлены у автора, т. е. по возрасту, отъ $2^1/_2$ до 8 лѣтъ, указываютъ, что съ увеличеніемъ возраста ***полезное дѣйствіе*** расширеннаго пузыря и кольпейринтера, ***при одномъ и томъ-же количествѣ жидкости въ пузырѣ***,—уменьшается, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма значительно. Эти цифры подтверждаютъ давно извѣстный фактъ, что у дѣтей пузырь лежитъ при нормальныхъ условіяхъ высоко въ полости брюха и только съ возрастомъ постепенно опускается въ полость малаго таза; у нихъ и при обыкновенныхъ условіяхъ брюшинная складка лежитъ нѣсколько надъ симфизомъ; только въ двухъ случаяхъ *Mannheim* нашелъ, что при пустомъ пузырѣ и кольпейринтерѣ высота этой складки равна 0. Имъ также подтверждены наблюденія *Petersen'a* и *Bouley*, указанныя нами выше, относительно большаго эффекта расширенія пузыря у дѣтей хорошо упитанныхъ, въ сравненіи съ истощенными.

Всѣ эти работы несомнѣнно указываютъ на полное основаніе

считать методъ *Garson—Petersen'a* вполнѣ раціональнымъ при выполненіи высокаго камнесѣченія.

Разсмотрѣніе таблицъ полученныхъ результатовъ при примѣненіи этого способа наглядно подтверждаетъ справедливость только что сказаннаго, хотя, какъ видно изъ таблицъ, цифры, полученныя тѣмъ или другимъ изслѣдователемъ, значительно разнятся между собою. Особенно велики цифры, полученныя *Bouley* (смотри стр. 93, опыты 30, 22, 13 и др.).

Быть можетъ нѣкоторое разногласіе въ цифрахъ получено вслѣдствіе неточности способовъ опредѣленія поднятія складки брюшины надъ симфизомъ; это дѣлалось при помощи пальца, введеннаго черезъ разрѣзъ стѣнки живота; имъ опредѣлялось то или другое отношеніе складки брюшины къ верхнему краю симфиза. Безспорно, методъ не особенно точный, требующій извѣстной ловкости и сноровки, такъ какъ основанъ исключительно на одномъ только осязаніи. Нужна была провѣрка этихъ опытовъ болѣе точнымъ методомъ и такимъ долженъ считаться методъ, положенный въ основаніе работы *Fehleisen'a* [120]), примѣнившаго къ своимъ изслѣдованіямъ замораживаніе труповъ, послѣ того, какъ было сдѣлано наполненіе пузыря и кольпейринтера тѣмъ или другимъ количествомъ жидкости. Въ общемъ, его изслѣдованіе, которое, конечно, должно считаться наиболѣе точнымъ изъ всѣхъ остальныхъ, подтвердило выводы предшественниковъ и между прочимъ указало на одинъ пріемъ при примѣненіи метода *Garson—Petersen'a*, практическая важность котораго несомнѣнна. Оказалось, что складка брюшины приподнимается надъ симфизомъ больше, если предварительно наполняется кольпейринтеръ, затѣмъ пузырь, а не наоборотъ. Къ этому мы еще прибавимъ, что *Bouley*, описывая свои опыты говоритъ, что безразлично съ чего начинать наливаніе жидкости: съ пузыря-ли или съ кольпейринтера, но отмѣчаетъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ при уже налитомъ пузырѣ употребленіе кольпейринтера затрудняется: онъ, встрѣчая растянутый пузырь, не имѣетъ возможности достаточно расшириться и выпячивается per anum. *Такъ что, говоритъ тотъ же авторъ, лучше начинать съ наполненія кольпейринтера*, «*du moins sur le cadavre*» (стран. 90).

Все сказанное указываетъ, что современная техника операціи гарантируетъ насъ вполнѣ отъ раненія брюшины. Но всегда-ли, вопросъ, можемъ мы разсчитывать примѣнить при высокомъ камнесѣченіи способъ *Garson—Petersen'a*? Къ счастію, мы можемъ отвѣ-

тить на этотъ вопросъ почти утвердительно, такъ какъ препятствія къ примѣненію метода расширенія пузыря и прямой кишки встрѣчаются крайне рѣдко. Препятствія могутъ быть какъ со стороны брюшины, такъ и со стороны самого пузыря.

Давно уже описаны случаи, гдѣ складка брюшины была плотно спаена съ симфизомъ, такъ что поднятіе ея вверхъ дѣлается невозможнымъ ни при какомъ расширеніи пузыря. Впервые такой случай описалъ *Bromfield*, 1773 г.; послѣ него извѣстны случаи: 2) *Pitha*, 1855 г., 3) *Lotzbeck*, 1858 г., 4) *Neuber*, 1881 г., *Bouley*, 1883 г., 6) *Polaillon*, 1886 г., 7) *Sonnenburg*, 1886 г., 8) *Jsrael*, 1886 г. 9) *Marc. Seé*, 1887 г., 10) *Monroe Thomas*. Какъ часто встрѣчается сказанная аномалія рѣшить трудно, такъ какъ неизвѣстно: на какое число случаевъ операцій или вскрытій приходятся только что перечисленные, достовѣрные случаи аномалій; однако, взявъ въ основаніе разсчета извѣстные и въ нашей статистикѣ 11-й и 12-й случаи аномаліи д-ровъ *Груберта* и *Шмитца* (см. №№ 257, 264), можно сказать, что она встрѣчается въ 0,4°/₀ всѣхъ случаевъ.— Полагаю, ни у кого не хватитъ смѣлости, на основаніи столь рѣдкой аномаліи, умалять значеніе sectionis altae.

Ежедневный клиническій опытъ съ промываніями пузыря ясно указываетъ намъ, что эти промыванія, значитъ—растяженія пузыря, переносятся больными не одинаково. Одни при нихъ не чувствуютъ никакой боли, удерживаютъ въ пузырѣ значительныя количества жидкости, другіе наоборотъ. Различныя заболѣванія по длинѣ мочеполоваго аппарата даютъ намъ до нельзя разнообразную клиническую картину разстройствъ при мочеиспусканіи. Каменная болѣзнь, какъ извѣстно, весьма часто сопровождается рѣзко выраженными болѣзненными припадками со стороны мочеиспусканія, начиная съ легкой тяжести въ области пузыря, нѣсколько учащенными позывами къ испражненію мочи и кончая мучительнѣйшими болями, недержаніемъ, и нерѣдко, грозными симптомами задержанія мочи. Картина страданія калькулезныхъ больныхъ до крайности разнообразна и, конечно, находится въ зависимости отъ весьма многихъ условій, какъ-то: обстановки больнаго, его индивидуальности, общаго состоянія и состоянія пузыря, хотя въ этомъ отношеніи приходится нерѣдко отмѣчать полное несоотвѣтствіе между страданіями больныхъ и степенью пораженія ихъ мочевыхъ путей. Несомнѣнно, однако, что присутствіе камня, особенно продолжительное время, можетъ обусловить такія измѣненія въ строеніи и функціи пузыря, которыя не позволятъ

произвести необходимѣйшій актъ эпицистотоміи—расширеніе пузыря наливаніемъ, или, что еще хуже, обусловятъ намъ разрывъ послѣдняго.

Этихъ случайностей, чрезмѣрнаго наполненія пузыря и его разрыва, или невозможности достаточно налить пузырь, въ силу его слабой наклонности къ расширенію, что чаще всего встрѣчается при долго длящейся каменной болѣзни, въ случаяхъ концентрической гипертрофіи пузыря, возможно всегда избѣжать при тщательномъ клиническомъ изслѣдованіи больнаго, а потому они и встрѣчаются весьма рѣдко.

Разрывы пузыря при его наполненіи извѣстны давно. Это несчастное осложненіе было одной изъ причинъ почему sectio alta, удачно принявшаяся на почвѣ Англіи трудами братьевъ *Duglas* (1719 г.), *Cheselden'a* (1722), была оставлена всѣми. Помимо старыхъ, достовѣрно извѣстны случаи: *Guyon'a*, *Monod*, *Dittel'я*, *Weinlechner'a* и др. Не подлежитъ, слѣдовательно, сомнѣнію, что разрывы пузыря при впрыскиваніи жидкости ради его расширенія- возможны, но несомнѣнно, что въ нашихъ рукахъ есть средства избѣжать этого, по большей части, гибельнаго осложненія. Конечно, эти средства сдѣлались бы еще цѣннѣе, если бы мы обладали точными данными для распознаванія такихъ способныхъ къ разрыву пузырей. Какими же, однако, средствами мы обладаемъ, чтобы избѣжать только что сказаннаго осложненія?

До нѣкоторой степени насъ предостерегаютъ отъ этого несчастія наши свѣдѣнія о емкости пузыря. На живомъ, говоритъ д-ръ *Батуевъ* [121]), за среднюю емкость пузыря можно принять среднее количество мочи за одно мочеиспусканіе, что легко опредѣлить изъ всего количества мочи и числа мочеиспусканій за извѣстный промежутокъ времени (стр. 48). *Krause* считаетъ емкость мертваго пузыря при растянутомъ его состояніи въ 200—400 куб. сант. *Barkow*—при средней его степени расширенія—въ 500—1375 куб. с., *Hoffmann* ту же емкость нашелъ для женщинъ въ 680, для мужчинъ въ 735 куб. с. Опыты, предпринятые съ цѣлью выясненія какія количества жидкости даютъ разрывъ пузыря, показали *Duchastelet*, что, въ среднемъ, 1180 куб. жидкости достаточно, чтобы произвести разрывъ пузыря; по *Bouley* эта средняя цифра—нѣсколько больше, а именно 1300 куб. с. *Батуевъ* вводилъ въ пузырь 2500 куб. с. жидкости и не получилъ разрыва (стр. 40—41).

Безъ сомнѣнія, емкость, прочность пузыря, зависятъ отъ степени его заболѣванія; изслѣдованія такихъ пузырей даютъ намъ пра-

во считать ихъ емкость меньше нормальной, но тѣмъ не менѣе и только что приведенныя цифры, особенно-же тѣ, при которыхъ полученъ разрывъ, намъ весьма цѣнны. Онѣ, конечно, заставляютъ насъ быть осторожными и держаться далеко отъ конечнаго предѣла, того предѣла, при которомъ не такъ давно казалось *Linhardt'y* и друг. только и возможно было достигнуть приподнятія брюшинной складки надъ симфизомъ.

Еще бо̀льшую цѣну имѣютъ случаи *Dittel'я, гдѣ разрывы пузыря получены на мѣстѣ дивертикуловъ, при небольшихъ количествахъ впрыснутой жидкости—100, 200 куб. с.* Понятно, эти наблюденія заставляютъ насъ быть въ подобныхъ случаяхъ до крайности осторожными. Соблюдая это мудрое правило, намъ не зачѣмъ будетъ прибѣгать къ предложенному *Dittel'емъ* способу расширенія пузыря воздухомъ: методъ, какъ мы видѣли раньше, не новый и не представляющій никакихъ выгодъ.

Итакъ, тщательное изслѣдованіе пузыря, его емкости, всесторонняя оцѣнка каждаго изъ нашихъ больныхъ, знаніе тѣхъ предѣльныхъ количествъ жидкости, при которыхъ наблюдались разрывы пузыря, заставятъ насъ въ извѣстныхъ случаяхъ быть крайне осторожными; правила же, данныя *Fehleisen'омъ* для примѣненія метода *Garson-Petersen'a*, вполнѣ обезпечивающія намъ достаточно высокое поднятіе брюшинной складки, при небольшихъ количествахъ жидкости, впрыснутой въ пузырь, *никогда не позволятъ намъ наливать подозрительный пузырь большимъ количествомъ жидкости.*

Въ самомъ актѣ впрыскиванія, если онъ дѣлается правильно, мы также имѣемъ немалую гарантію избѣжать нежелаемаго осложненія. Впрыскиванія должны дѣлаться осторожно, безъ толчковъ, постепенно, для чего слѣдуетъ употреблять простыя спринцовки; *наливаніе-же пузыря воронками, ирригаторами должно быть изгнано.* При нихъ мы не имѣемъ возможности хорошо контролировать наши дѣйствія; при такомъ способѣ наполненія пузыря мы видимъ лишь то, что жидкость поступаетъ изъ воронки или ирригатора въ пузырь; какъ относится къ наливанію этотъ послѣдній — для насъ остается неизвѣстнымъ. Не то при употребленіи спринцовки: здѣсь, надавливая на поршень инструмента пальцемъ, мы ясно ощущаемъ степень сопротивленія пузыря нашей инъекціи, а отсюда—можемъ дѣйствовать вполнѣ сознательно. Еще лучше, конечно, манипулировать, какъ совѣтуетъ д-ръ *Батуевъ*, съ манометромъ, такъ какъ

*

«онъ лучше всего можетъ показать, на сколько легко пузырь поддается растяженію безъ перехода за предѣлы эластичности или, будучи систематически подготавливаемъ, можетъ быть становится менѣе выносливымъ. Примѣненіе же манометра въ моментъ самой операціи, мнѣ кажется, дало-бы возможность избѣгнунь разрыва пузыря отъ растяженія передъ литотоміей, что описано уже многими (*Guyon*, *Pousson*, *Perrier* и др.) Онъ можетъ быть полезенъ и при растяженіи пузыря съ цѣлью увеличенія уменьшенной, влѣдствіе бывшихъ страданій, полости пузыря. Наконецъ, будучи примѣняемъ при промываніи пузыря вообще, онъ можетъ указать на особенности пузыря при тѣхъ или другихъ его страданіяхъ. На возможность примѣненія манометра съ практической цѣлью указывалъ *Mallez* (Thérapeutique des maladies de l' appareil urinaire, 1872 г., стр. 277.), предложившій для этого особенный dynamométre vesicale, приборъ едва-ли достаточно практичный» (l. c. стр. 68).

Какъ поступать намъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пузырь весьма раздражителенъ, удерживаетъ небольшое количество жидкости и мало склоненъ къ расширенію? Можетъ-ли такой пузырь быть налитъ въ достаточной мѣрѣ? Достичь здѣсь желаемаго результата мы можемъ отчасти соотвѣтственной терапіей пузыря и больнаго, главнымъ же образомъ методическимъ расширеніемъ пузыря, вводя постепенно все большія и большія количества жидкости. Терпѣніе и трудъ врача обыкновенно награждаются успѣхомъ. *Guyon* учитъ, что насильственныя попытки къ расширенію пузыря обыкновенно кончаются гибельно; обратное получается при методическомъ подготовленіи его. Въ одномъ изъ своихъ случаевъ *Petersen* могъ первоначально ввести въ пузырь мальчика 12 л. только 70 куб. с. жидкости, при чемъ появлялись сильныя боли, не позволяющія ввести бо̀льшія количества; черезъ 9 дней систематическаго расширенія пузыря тотъ же мальчикъ безъ боли удерживалъ 350 куб. с. жидкости (l. c. стр. 756); какъ видно, примѣръ весьма наглядный. Совсѣмъ другаго взгляда придерживается *Thompson* [122]); онъ того мнѣнія, что никакихъ предварительныхъ расширеній пузыря не нужно. Попытки увеличить емкость пузыря предварительными инъекціями почти никогда не приводятъ къ цѣли; напротивъ онѣ увеличиваютъ уже существующее раздраженіе. *Кромѣ того, объемистый пузырь ни въ какомъ случаѣ не нуженъ: растяженіе прямой кишки очень важно, растяженіе же пузыря не должно быть значительно* (стр. 179).

Подводя итогъ всему сказанному, мы видимъ, что при тщательномъ клиническомъ анализѣ каждаго изъ нашихъ случаевъ, при достаточномъ терпѣніи и примѣненіи кольпейринтера *Garson—Petersen'a* мы можемъ обезпечить себя какъ отъ разрыва, такъ и отъ неудачи съ наливаніемъ пузыря. Рѣдкость этихъ непріятныхъ осложненій яснѣе всего доказываетъ, что перечисленныя мѣры являются достаточной гарантіей какъ отъ этихъ осложненій, такъ и отъ раненія складки брюшины при производствѣ операціи. Въ собранномъ нами матеріалѣ, раненіе peritonei отмѣчено 3 раза, что составляетъ 0,6%. Къ сожалѣнію, подробности этихъ случаевъ неизвѣстны.

Въ 1-мъ (2-хъ л. мальчикъ, *Иршикъ*; поранена брюшина при налитомъ пузырѣ, смерть на 7-й день при явленіяхъ перитонита; во 2-мъ раненіе произошло также при налитомъ пузырѣ; выздоровленіе безъ лихорадки *(Ващенко)* и въ 3-мъ раненіе при налитомъ пузырѣ и кольпейринтерѣ; дѣвочка 4-хъ л., *Иршикъ*). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ въ исторіи болѣзни указано, что, не смотря на методъ *Garson—Petersen'a*, «складка брюшины спускалась низко». На рану peritonei наложены шелковые швы; смерть черезъ 17 дней отъ дизентеріи.

Прибавивъ къ только что указаннымъ случаямъ раненія peritonei опубликованные раньше: 6 случ. изъ статистики *Günther'a*, 2 случ. *Flury* и 1 случ. *Garsin'a*, оказывается, что на 940 собранныхъ операцій (260 *Gunther'a*, 92 *Flury*, 94 *Garsin'a* и 494 нашихъ) раненіе брюшины при высокомъ камнесѣченіи встрѣтилось 12 разъ, что составляетъ 1,2% *).

Какъ видно, осложненіе встрѣчается весьма рѣдко; кромѣ того, какъ въ періодъ доантисептическій, такъ особенно въ настоящее время, оно не является безусловно смертельнымъ. Примѣненіе метода *Garson—Petersen'a* почти вполнѣ гарантируетъ насъ отъ раненія peritonei; если же мы возьмемъ во вниманіе, что удерживаніе складки брюшины пальцемъ, легкое ея оттягиваніе вверхъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она видна въ операціонномъ полѣ, является манипуляціей вполнѣ безопасной для оперируемаго и нетрудной для хирурга,

*) Къ этому числу мы не прибавили 13 случаевъ раненія peritonei изъ статистики *Dulles* (478 случ.) на томъ основаніи, что въ его работѣ повторяются случаи, опубликованные *Günther*'омъ. Если мы, не смотря на это, присоединимъ къ 12 вышеуказаннымъ 13 случ. *Dulles*, то получимъ 25 раненій брюшины на 1418 операцій, что составитъ 1,7%.

то при современной техникѣ операціи мы не имѣемъ права говорить, что высокое камнесѣченіе опасно тѣмъ, что при немъ легко поранить брюшину.

2) **Надрывъ брюшины** во время извлеченія камня наблюдался 2 раза; случаи *Н. И. Пирогова* и *Шмитца* (№№ 5, 26 доантисептическаго періода).

Знаменитый хирургъ ошибся въ величинѣ камня у 70 л. старика и онъ не могъ быть извлеченъ чрезъ сдѣланный боковой разрѣзъ на промежности. Произведено высокое камнесѣченіе. Камень (238,0) оказался неподвижно укрѣпленнымъ, крѣпко обхваченнымъ набухшей слизистой оболочкой пузыря, заходившей во всѣ его неровности; цѣлые 3/4 часа потребовалось на вылущеніе и извлеченіе камня, приподнятаго пальцемъ черезъ прямую кишку. «При этихъ усиліяхъ, говоритъ *Н. И. Пироговъ*, я надорвалъ переднюю складку брюшины. Не смотря однакоже на это, больной чрезъ 7 недѣль выздоровѣлъ, и въ ходѣ леченія не представилось ничего особеннаго, кромѣ одного сильнаго сотрясательнаго озноба, тотчасъ послѣ операціи, да осадка на краяхъ обѣихъ ранъ—промежности и бѣлой линіи, о которомъ я уже упомянулъ» (l. c., часть I, стр. 10).

Во второмъ случаѣ у 2¼ л. мальчика разрывъ произошелъ при слѣдующихъ условіяхъ: послѣ весьма труднаго извлеченія большаго камня (4,6×3,0 сант.) приступлено къ введенію дренажной трубки, что было сопряжено съ большими трудностями, такъ какъ пузырь былъ плохо фиксированъ, опустился вглубь, и рану пузыря пришлось отыскивать пальцемъ. Въ это время оперированный проснулся, сталъ сильно натуживаться, произошло выпаденіе кишекъ.

Д-ръ *Штитцъ* полагаетъ, что при трудномъ введеніи дренажной трубки и отыскиваніи пузыря было нанесено повреждение брюшинѣ, а давленіе внутренностей, при сильномъ напряженіи оперированнаго, увеличило это повреждение и обусловило выпаденіе кишекъ. Разрывъ peritonei былъ зашитъ кэтгутомъ, рана пузыря сшита съ раной брюшной стѣнки, наложена антисептическая повязка. Послѣ операціи рвота, высокая температура и черезъ 1½ дня смерть; при вскрытіи найденъ начинающійся перитонитъ, разрывъ же брюшины склеился вполнѣ.

3) **Самопроизвольный разрывъ брюшины послѣ операціи**—отмѣченъ одинъ разъ д-ромъ *Шмитцемъ* (№ 248). Осложненіе произошло

спустя нѣсколько часовъ послѣ операціи. Положеніе камня, плотно сидѣвшаго подъ симфизомъ, его величина (7,1×5,4×3,4 сант.), затрудняли введеніе катетра, такъ что пузырь могъ быть наполненъ весьма недостаточно. О примѣненіи метода *Garson—Petersen'a* нечего было и думать. Для удаленія камня пришлось разрѣзать переднюю стѣнку пузыря почти на двое (длина разрѣза 7 сант.); извлеченіе камня было весьма трудное, причемъ онъ разломился; верхняя часть удалена легко, нижняя же раздроблена съ большими усиліями. Не смотря на это, тщательный осмотръ по окончаніи операціи не обнаружилъ никакого поврежденія брюшины; вскорѣ наступившая сильная рвота прошла вполнѣ благополучно. Спустя 3 часа снова сильный приступъ мучительной рвоты, во время которой въ открытой ранѣ брюшной стѣнки замѣчены двѣ петли кишекъ. Немедленное тщательное изслѣдованіе указало, что брюшина разорвалась на протяженіе 3 сант.; разрывъ начинался на $^{1}/_{2}$ сантим. выше верхняго угла раны пузыря и не имѣлъ съ нею никакой связи. Разрывъ былъ зашитъ кэтгутомъ и оперированный выздоровѣлъ безъ всякихъ признаковъ перитонита (l. c., стр. 434 и 435).

Причина разрыва въ данномъ случаѣ зависѣла отъ приступа рвоты, при которой сильно повысилось внутрибрюшное давленіе, одновременно съ уменьшеніемъ противодѣйствія брюшной стѣнки, вслѣдствіе зіянія несшитой раны этой послѣдней. Не подлежитъ сомнѣнію, что при той же самой рвотѣ, будь только рана брюшной стѣнки сшита, разрывъ не имѣлъ бы мѣста, такъ какъ повышенному внутрибрюшному давленію, виновнику разрыва, была бы противупоставлена стѣнка живота.

Случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины не подлежатъ сомнѣнію и въ исторіи sectionis altae отмѣчены не разъ. Обыкновенно они наблюдаются въ связи съ приступами рвоты, кашля, въ зависимости отъ непроизвольныхъ движеній больнаго. Особенно поучителенъ въ этомъ отношеніи случай *W. Thorntill*, сообщенный *Middleton'омъ* (№ 30 таблицы *Günther'a*; 1723 г.). Здѣсь разрывъ брюшины и выхожденіе кишекъ, при самомъ внимательномъ выполненіи операціи, прошедшій безъ всякихъ осложненій, произошелъ отъ быстраго опорожненія сильно расширеннаго пузыря.

4) **Брюшина срощена съ симфизомъ.** Эта рѣдкая аномалія встрѣтилась два раза: д-рамъ *Груберту* и *Шмитцъ* (№№ 257, 264). Выше мы уже говорили, что въ литературѣ опубликовано всего 10

случ. подобной аномаліи. Оба окончились выздоровленіемъ (на 30 и 17 д.); въ первомъ не указано какимъ образомъ брюшина была отдѣлена отъ симфиза, во второмъ это сдѣлано ножемъ.

5) **Брюшина видна въ верхнемъ углу раны**—32 раза; умерло 3. Въ 2-хъ случ.—мальчики 2-хъ и 3-хъ л.—высокое камнесѣченіе выполнено при одномъ только налитомъ пузырѣ; смерть на 3 и 17 д. отъ воспаленія брюшины. Въ 3-мъ—старикъ 65 л.—пузырь не могъ быть налитъ вовсе, такъ какъ камень выполнялъ всю его полость; кольпейринтеръ не оказалъ своего полезнаго дѣйствія, вслѣдствіе тяжести камня; смерть на 21 д.—не выяснена.

Изъ всѣхъ 32 случ. осложненія только 6 разъ оно наблюдалось при налитомъ пузырѣ и кольпейринтерѣ; остальные оперированы безъ кольпейринтера; о трехъ нѣтъ свѣдѣній. Слѣдуетъ также отмѣтить, что въ одномъ случаѣ, не смотря на примѣненіе метода *Garson—Petersen'a*, складка брюшины все-таки стояла на уровнѣ симфиза, такъ какъ была натянута большимъ количествомъ водяночной жидкости. Въ другомъ случаѣ весьма значительное выпячиваніе складки брюшины (операція безъ кольпейринтера) зависѣло отъ чрезвычайнаго сокращенія брюшнаго пресса; выпячиваніе исчезло подъ полнымъ хлороформнымъ наркозомъ. Въ 2-хъ случ., изъ которыхъ одинъ окончился смертью, кромѣ складки брюшины замѣчалось и выпячиваніе слизистой оболочки пузыря, что затрудняло извлеченіе камня.

6) **Выпячиваніе внутренностей въ рану во время операціи**—наблюдалось одинъ разъ д-ромъ ***Головачевымъ*** (№ 134) и окончилось летально. Осложненіе произошло при слѣдующихъ условіяхъ: ребенокъ былъ недостаточно захлороформированъ и во время всей операціи, говоритъ д-ръ *Головачевъ*, «при натуживаніи, въ рану постоянно выпирались брюшныя внутренности, которыя пришлось все время удерживать; при этомъ являлась возможность ранить брюшину, не говоря о томъ, что это выпираніе и постоянное удерживаніе можетъ вызвать дурныя послѣдствія». Такъ и случилось; оперированный умеръ на 2-й д. отъ воспаленія брюшины.

Д-ръ *Головачевъ*, отмѣчая этотъ случай, самъ указываетъ причину, вызвавшую осложненіе; слѣдовательно, избѣжать его всегда возможно.

7) **Выпячиваніе въ рану слизистой оболочки пузыря**—встрѣтилось 5 разъ (№№ 22, 49, 340, 343, 367); умерло 3. Огромный процентъ смертности заставляетъ насъ смотрѣть на сказанное осложненіе какъ на одно изъ тяжкихъ. Однако, зависятъ-ли печальные исходы операціи непосредственно отъ осложненія, или же отъ чего другаго?

Къ рѣшенію вопроса мы ближе всего подойдемъ разобравъ случаи, сопровождавшіеся выпячиваніемъ слизистой оболочки пузыря.

1) Мальчикъ 3-хъ л., хорошаго питанія, съ нормальной мочей. Пузырь налитъ; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки пузыря; извлеченъ камень въ 2,0×1,5 сант. На рану карболовые компрессы. Послѣ операціи со 2-го дня и до смерти высокая температура. *Вскрытіе.* Limphangoitis perivesicalis, peritonitis incipiens (можетъ быть въ зависимости отъ господствовавшей въ то время въ больницѣ эпидеміи рожи).

2) Хорошо упитанный ребенокъ 2-хъ л. Состояніе мочи не указано. Пузырь налитъ; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря; для болѣе прочнаго удерживанія наложено два кэтгутовыхъ шва (куда? вѣроятно на пузырную рану); извлеченъ камень 5,0 грм. Катетеръ a *démeure* съ сифоннымъ приспособленіемъ, листеровская повязка, которая на 4-й день замѣнена карболовыми компрессами. На 2-й д. послѣ операціи катетеръ выпалъ и не введенъ больше; швы разошлись; рана чиста. Въ полдень рвота, къ вечеру поносъ. На 4-й д. въ ранѣ тонкій слой омертвѣлой клѣтчатки; на 5-й д. слой этотъ толще, животъ вздутъ. *Вскрытіе.* Въ нижней части брюшной стѣнки серозно-гнойный эксудатъ. Подбрюшинная клѣтчатка гнойно-инфильтрирована. Вокругъ пузыря масса гноя и распавшейся клѣтчатки. Въ остальномъ ничего ненормальнаго.

3) Плохо упитанный 12-ти л. мальчикъ. Обильный слизисто-гнойный осадокъ въ мочѣ. Пузырь налитъ; во время операціи значительное кровотеченіе; складку брюшины пришлось удерживать пальцемъ; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря. Извлечено два камня въ 24,5 грм. Дренажъ пузыря, антисептическая повязка. Послѣ операціи высокая температура, сильный циститъ, а черезъ мѣсяцъ періуретральный нарывъ. Медленное, но полное выздоровленіе черезъ 90 д.

4) Мальчикъ 2-хъ л.; сильныя страданія. Моча вонючая, съ гноемъ. Пузырь налитъ; во время операціи пришлось удерживать складку брюшины; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря, что затрудняло извлеченіе камня, вѣсомъ въ 2,9 грм. Тотъ-же уходъ за оперированнымъ. Первые дни температура до 38; черезъ 7 д. разошлись швы брюшной раны. На 12-й д. новое повышеніе температуры и мало по малу развивается картина воспаленія брюшины. *Вскрытіе.* Peritonitis acuta.

5) 25-ти л. истощенный мужчина—страдаетъ съ дѣтства. Недержаніе зловонной мочи; ни минуты покоя; сильная лихорадка. Состояніе таково, что только отъ немедленной операціи можно чего либо ожидать. Пузырь налитъ 180, кольпейринтеръ 360 куб. с. жидкости. Стѣнки пузыря плотно обхватывали камень; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря. Полость пузыря представляетъ два отдѣленія: въ верхнемъ—ядро камня и большая часть осколковъ, плотно окруженныхъ стѣнкою, а въ нижнемъ—осколки около orific. inter. urethrae. Извлечено множество почти одинаково большихъ осколковъ корнцангомъ и ложкой. Орошеніе пузыря для удаленія маленькихъ осколковъ длилось цѣлый часъ. Вѣсъ ядра и осколковъ 20,0 грм. Тотъ-же уходъ за оперированнымъ. Послѣоперaціонный періодъ—почти безъ лихорадки, но выздоровленіе медленное; циститъ постепенно улучшается; черезъ 2 недѣли во время перевязки найденъ осколокъ камня; черезъ 3 недѣли оперированный пожаловался на боли въ regionis subinguinalis, замѣчается легкая припухлость мышцъ, приводящихъ бедро; все это скоро прошло Выписанъ черезъ 58 д. съ правильнымъ мочеиспусканіемъ нормальной мочи, въ отличномъ состояніи.

Какъ видно, осложненіе наблюдалось большею частью въ случаяхъ тяжелыхъ и не было ближайшей причиною смерти. Не подлежитъ сомнѣнію, что выпячиваніе слизистой оболочки пузыря осложняетъ ходъ операціи, затрудняетъ извлеченіе камня, обусловливаетъ лишнюю травму и тѣмъ можетъ невыгодно повліять на послѣоперaціонный періодъ, но прямой причиной смерти оно быть не можетъ.

8) **Выпячиваніе въ рану околопузырной жирной клѣтчатки**—встрѣтилось 11 разъ. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ и осложненіе это должно считаться маловажнымъ. Выпячивающійся жиръ обыкновенно удалялся ножницами, такъ какъ онъ затемнялъ поле операціи и могъ мѣшать извлеченію камня (№ 62). Отрѣзываніе должно быть произведено крайне осторожно, такъ какъ раненіе сосудовъ околопузырной клѣтчатки можетъ дать порядочное кровотеченіе (№ 328).

9) **Сильное кровотеченіе во время операціи** наблюдалось 11 разъ; только въ 2-хъ случаяхъ, д-ровъ *Франкенгаузера* и *Шмитца* (№№ 24, 235), оно можетъ быть названо смертельнымъ; во всѣхъ случ. не принесло никакого замѣтнаго вреда оперированному.

№ 24. Мальчикъ 3-хъ л., боленъ $1^1/_2$ года. Сильныя страданія; моча мутна. Во время операціи сильное кровотеченіе, пузырная рана очень велика. Камень (8,0 грм.) при извлеченіи искрошился. Черезъ часъ

послѣ операціи сильное послѣдовательное кровотеченіе; много разъ кровавая моча черезъ уретру. Колляпсъ, температура 36. Смерть черезъ 14 часовъ. *Вскрытіе.* Подбрюшинная клѣтчатка соотвѣтственно передней стѣнки пузыря и стѣнки брюшной инфильтрирована кровью. Пузырь пустъ; мочеточники расширены; обѣ почки пронизаны многочисленными небольшими гнойничками; мѣстами почки жирно перерождены. Рѣзко выраженной анэміи внутреннихъ органовъ не найдено.

№ 235. Мальчикъ $2^1/_2$ л. умѣреннаго питанія; сильныя страданія; камень (8,0 гр.) удаленъ легко. Черезъ 4 часа послѣ операціи сильное послѣдовательное кровотеченіе; остановилось скоро. Одновременно сильная рвота. Смерть черезъ 19 час. *Вскрытіе.* Кровяное пропитываніе околопузырной клѣтчатки. Пузырь пустъ. Никакого намека на перитонитъ. Внутренніе органы слегка блѣдны.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что высокое камнесѣченіе, по своимъ анатомическимъ условіямъ, сопровождается весьма незначительнымъ кровотеченіемъ. Однако, какъ мы только что видѣли, возможны и исключенія.

Günther упоминаетъ о 6 кровотеченіяхъ, которыя остановились сами собой; *Bouley* упоминаетъ, что *Pye* потерялъ оперированнаго отъ сильнаго кровотеченія, тоже *Souberbielle* и проф. *d'Atlmeida* (l. c., стр. 201); *Dulles* отмѣчаетъ 2 кровотеченія, при томъ смертельныя.

Установивъ тотъ фактъ, что при высокомъ камнесѣченіи возможно смертельное кровотеченіе, посмотримъ: имѣемъ-ли мы право при оцѣнкѣ операціи высказываться такъ сурово, какъ это дѣлаетъ д-ръ *Круглевскій*, говоря, что при ней «кровотеченіе имѣетъ тотъ-же характеръ, какъ и при боковой литотоміи; судя-же по даннымъ *Günther*'а (1 : 30), оно встрѣчается при этой операціи и не рѣже, чѣмъ при боковомъ камнесѣченіи» (l. c., стр. 76). Для рѣшенія этого спорнаго вопроса нѣсколько остановимся на разборѣ кровотеченій, встрѣчаемыхъ при эпицистотоміи.

Кровотеченія эти могутъ быть или поверхностныя: изъ сосудовъ брюшной стѣнки, или глубокія: изъ артерій и венозныхъ сплетеній пузыря *).

*) При разрѣзѣ кожи и подкожной клѣтчатки мы встрѣчаемъ кровотеченіе изъ мелкихъ вѣточекъ ar. epigastricae infer. superfic. и изъ венъ, впадающихъ въ v. abdominis Halleri. При разрѣзѣ глубокихъ частей брюшной стѣнки наблюдается кровотеченіе, обыкновенно весьма небольшое, изъ мышечныхъ вѣточекъ ar. epigastricae inferioris. Въ околопузырной клѣтчаткѣ не встрѣчается какихъ либо важныхъ сосудовъ. Подойдя къ пузырю, мы можемъ имѣть кровотеченіе изъ подбрюшиннаго веннаго сплетенія пузыря; здѣсь на передней стѣнкѣ пузыря можетъ быть или одна или двѣ объемистыхъ вены, анастомо-

Первое никогда не бываетъ значительнымъ, а тѣмъ болѣе такимъ, чтобы привести къ летальному исходу; для этого здѣсь нѣтъ главнаго—большихъ сосудовъ. Указываемое д-ромъ *Круглевскимъ* раненіе art. epigastr. inferior. при міотоміи прямыхъ мышцъ живота, съ цѣлью расширенія брюшной раны, не должно насъ безпокоить; во 1-хъ, потому, что міотомія эта дѣлается крайне рѣдко и вовсе не должна быть выполнима, а во 2-хъ, если она и дѣлается, то всегда около симфиза, то есть тамъ, гдѣ артеріи не бываетъ.

Второе можетъ причинить намъ не мало хлопотъ, всего же болѣе венозное; это то послѣднее кровотеченіе обусловливаетъ рѣдкіе случаи летальныхъ исходовъ.

Мы уже видѣли, что всѣ хирурги, приближаясь къ пузырю, соблюдаютъ величайшую осторожность. *Thompson* даетъ даже особый методъ оперированія послѣ разрѣза f. transversae: осторожное отсепарированіе ногтемъ или сепараторомъ околопузырной клѣтчатки вверхъ и внизъ, пока не откроются волокна пузыря; тѣмъ не менѣе въ рукахъ такихъ опытныхъ литотомистовъ, какъ *Шмитцъ*, *Иршикъ*, *Ассендельфтъ*, которыхъ, конечно, нельзя заподозрить въ недостаточной техникѣ и торопливости при операціи, все же эти кровотеченія наблюдаются.

Кровотеченіе при разрѣзѣ стѣнки пузыря обыкновенно бываетъ весьма незначительно, если же встрѣчается обратное, то оно обусловливается гипертрофіей пузыря или же совпадаетъ съ моментомъ расширенія раны пузыря внизъ, къ шейкѣ, при чемъ ранится опять таки венное сплетеніе, весьма здѣсь объемистое, особенно въ рѣзко выраженномъ патологическомъ состояніи пузыря. Кровотеченіе изъ болѣзненно измѣненной слизистой оболочки, въ большинствѣ случаевъ, зависитъ отъ трудности извлеченія камней, а именно: при камняхъ простатопузырныхъ, камняхъ въ дивертикулахъ и слишкомъ объемистыхъ, требующихъ дробленія.

Только что сказанное вполнѣ подтверждается собраннымъ матеріаломъ.

зирующихъ между собою, а также съ v. dorsalis penis, на уровнѣ plex. Santorini, которое помѣщается подъ и позади symphysis. Вскрывая стѣнку пузыря, мы имѣемъ кровотеченіе изъ артерій пузыря (ar. vesicales super., ar. vesicales infer. ex. ar. hipogast., ar. vesicales anter. ex. ar. pudenda interna или ex. a. obturatoria, ar. vesicales post. ex ar. hemorrhoidal. media и у женщинъ кромѣ того изъ ar. uterinae et vaginalis) и изъ двухъ остальныхъ венныхъ сплетеній: *a)* сплетенія мышечнаго и *b)* слизистой оболочки. Эти сплетенія могутъ быть весьма объемисты. (*Tillaux* [123]), стр. 772).

1) Крѣпкій 25 л. мужчина. Недержаніе мутной, щелочной мочи. При разрѣзѣ пузыря значительное кровотеченіе, которое не удалось остановить. Послѣ операціи катетръ закупорился кровью и скоро удаленъ. Медленное выздоровленіе черезъ 75 д. (№ 65).

2) Плохо упитанный 45 л. мужчина. Мочеиспусканія часты, болѣзненны, съ большими усиліями. Моча щелочна, съ аммiачнымъ запахомъ. Довольно значительное кровотеченіе изъ пузыря при его разрѣзѣ. Черезъ 14 д. отхожденіе черезъ рану омертвѣлой клѣтчатки; erysipelas, gangraena, scroti и смерть черезъ 49 д. (№ 194).

3) Хорошаго питанія 60 л. старикъ. Моча мутна, кислой реакціи. За нѣсколько дней до sectio alta сеансъ литотритіи. Довольно значительное кровотеченіе изъ стѣнки мочеваго пузыря; вскорѣ прекратилось Первые 5 д. послѣ операціи моча съ небольшою примѣсью крови. Выздоровѣлъ черезъ 58 д. съ свищевымъ ходомъ, который то заживалъ, то снова открывался (№ 183).

4) Сильно истощенный 11 л. мальчикъ. Недержаніе щелочной, вонючей мочи съ большимъ количествомъ гноя. Сильное кровотеченіе изъ чрезвычайно гипертрофированной стѣнки пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 31 д. (№ 252).

5) Плохо упитанный 7 л. мальчикъ. Моча мутная, съ слизисто-гнойнымъ осадкомъ, нейтральной реакціи. Довольно сильное кровотеченіе изъ стѣнокъ пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 27 д. (№ 261).

6) Истощенный $2^1/_2$ л. мальчикъ. Значительное кровотеченіе при расширеніи раны пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 35 д. (№ 327).

7) Плохо упитанный 3 л. мальчикъ. Сильнѣйшія страданія, англійская болѣзнь. Значительное кровотеченіе изъ раны пузыря, сосудъ не найденъ. Упадокъ силъ, вслѣдствіе кровотеченія и продолжительнаго наркоза. Выздоровленіе черезъ 52 д. осложнилось катарромъ кишекъ (№ 332).

8) Довольно хорошо упитанный 20 л. мужчина. Въ мочѣ слизисто-гнойный осадокъ; лихорадитъ до 38,5. Боли въ поясничной области. Значительное кровотеченіе; перевязка вены удалась съ трудомъ. Изъ пузырной раны артеріяльное кровотеченіе; перевязка въ глубинѣ раны не удалась. Камень раздробленъ. Два дня послѣ операціи кровавая моча. Затяжное послѣоперaціонное теченіе съ высокой температурой. Края раны разошлись; pericystitis и отхожденіе черезъ рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки. Свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрывался. Выздоровѣлъ черезъ 139 д. (№ 337).

9) Плохо упитанный 12 л. мальчикъ. Обильный слизисто-гнойный осадокъ въ мочѣ. Довольно значительное кровотеченіе; сосудъ не найденъ. 2 д. послѣ операціи моча кровавая. Значительный cystitis; на 7 д. брюшная рана разошлась. Периуретральный нарывъ. Выздоровѣлъ черезъ 90 д. (№ 340).

10) 20 л. мужчина. Моча мутная, слабо-щелочная. Довольно значительное кровотеченіе артеріяльное изъ стѣнокъ пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 40 д. (№ 356).

11) Хорошо развитой 5 л. мальчикъ. Сильно страдаетъ. Послѣ извлеченія камня кровотеченіе. Камень раздробленъ. Первые 6 д. послѣ операціи моча окрашена кровью. Выздоровѣлъ черезъ 32 д. (№ 365).

12) Хорошо развитой 18 л. юноша. Моча съ гноемъ и кровью. Перевязана артерія въ верхнемъ углу пузырной раны; черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи кровотеченіе. Затяжное теченіе съ высокой температурой. Сильный cystitis, pericystitis, съ отхожденіемъ черезъ рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки. Боль въ области лѣвой почки, вмѣстѣ съ обострѣніемъ катарра пузыря. Свищевой ходъ долго не закрывался. Выздоровѣлъ черезъ 108 д. (№ 369).

13) 16 л. юноша. Моча слегка мутная. При разрѣзѣ предпузырной клѣтчатки поранена артерія; она захвачена и перевязана. «Такой сильной струи крови, говоритъ почтенный хирургъ, не приходилось видѣть ни разу при sectio alta» *(Ассендельфтъ)*; 5 д. моча слегка кровавая. (№ 371).

14) 7 л. мальчикъ. Свѣтлая моча. Послѣ извлеченія камня довольно сильное кровотеченіе. Выздоровѣлъ черезъ 21 д. (№ 350).

15) 23 л. мужчина. Незначительный катарръ пузыря. Довольно значительное кровотеченіе изъ артеріи стѣнки пузыря; 2 д. моча окрашена кровью. Выздоровѣлъ черезъ 25 д. (№ 381).

16) $2^1/_2$ л. мальчикъ. Моча нормальна. Во время операціи незначительное кровотеченіе. Черезъ 3 д. черезъ уретру кровь и кровяные сгустки. Пузырная область выдается; въ дренажной трубочкѣ кровяной сгустокъ; по удаленіи его нѣсколько капель кровавой мочи. 2 шва выше дренажа удалены; блѣденъ, безпокоенъ, кричитъ. Вечеромъ кровяные сгустки въ дренажной трубочкѣ. Затяжное теченіе съ высокой температурой. Моча окрашена кровью. На 2 и 3 д. припухлость въ окружности раны и выше Пупартовой связки, до верхне-передней подвздошной ости. Черезъ 4 д. при выниманіи дренажа вышелъ большой старый сгустокъ крови; масса частичекъ кровянаго сгустка выходила при каждой перевязкѣ во время промыванія пузыря. Впослѣдствіи тяжелая блуждающая рожа и пролежни. Выздоровѣлъ черезъ 51 д. (№ 385).

О двухъ случаяхъ смертельнаго кровотеченія мы упомянули выше; несомнѣнно, что въ обоихъ кровотеченіе было изъ сосудовъ околопузырной клѣтчатки, такъ какъ на вскрытіи пузырь найденъ пустымъ. Въ остальныхъ случаяхъ подробности не указаны.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, оперируя правильно, мы не будемъ имѣть дѣла съ обильнымъ кровотеченіемъ. Тамъ, гдѣ, не смотря на всѣ предосторожности, все же sectio alta сопровождается значительнымъ кровотеченіемъ, операція не при чемъ, такъ какъ оно зависитъ отъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая. Кровотеченіе встрѣтилось бы здѣсь и при боковой литотоміи, съ тою только разницей, что при sectio alta

мы для остановки кровотеченія имѣемъ полную возможность освѣтить поле операціи, дѣйствовать сознательно, тамъ же мы должны дѣйствовать въ потьмахъ.

10) **Кровотеченіе изъ пузыря во время его наливанія** наблюдалось 1 разъ д-ромъ *Поповымъ* (№ 31). Изъ описанія случая видно, что наливая пузырь передъ операціей, получено довольно большое кровотеченіе черезъ катетръ, которое д-ръ *Поповъ* объяснилъ пораненіемъ слизистой оболочки шиповатымъ камнемъ, сидѣвшимъ въ дивертикулѣ, въ моментъ распрямленія послѣдняго. Предположеніе подтвердилось. Дивертикулъ былъ и камень извлеченъ въ сорочкѣ изъ тонкой слизистой оболочки пузыря.

Помимо своей рѣдкости, описанный случай представляетъ намъ огромный практическій интересъ. Мы уже видѣли раньше, что одной изъ причинъ разрывовъ пузыря должно считать дивертикулы; таковы наблюденія *Dittel'я*. Не подлежитъ сомнѣнію, что разрывъ пузыря произошелъ бы легко и въ данномъ случаѣ, если бы только онъ не былъ достаточно оцѣненъ и наливаніе пузыря продолжалось.

11) **Крестообразный разрѣзъ пузыря**—сдѣланъ 1 разъ д-ромъ *Мультановскимъ* (№ 103), при извлеченіи камня вѣсомъ въ 545 грм. Оперированный выздоровѣлъ.

Въ данномъ случаѣ интересно то, что, не смотря на разрѣзъ sphincteris vesicae (разрѣзъ пузыря продольно сдѣланъ отъ верхушки и не доходилъ до пузырнаго отверстія лишь на нѣсколько млм.), а также и detrusoris, не произошло никакихъ разстройствъ въ актѣ мочеиспусканія. Это даетъ право д-ру *Мультановскому* предложить крестообразный разрѣзъ пузыря при большихъ камняхъ, какъ облегчающій выведеніе ихъ (l. c., стр. 979).

12) **Вторичный разрѣзъ пузыря**—пришлось сдѣлать 4 раза: д-рамъ *Денисенко*, *Русанову*, *Головачеву* и *Ващенко* (№№ 21, 84, 133, 161). Осложненіе произошло вслѣдствіе того, что пузырь былъ упущенъ: однажды во время приступовъ рвоты, другой разъ при наступившей асфиксіи, въ 2-хъ случ. подробности неизвѣстны. Первоначальный разрѣзъ пузыря не найденъ, сдѣланъ вторичный.

Въ 3-хъ случ. осложненіе вполнѣ зависѣло отъ неправильной техники операціи и произошло отъ того, что пузырь былъ взятъ не на лигатуры, а фиксированъ острымъ крючкомъ или пинцетомъ съ

зажимомъ. Въ послѣднемъ случаѣ, хотя и была наложена лигатура, но, тѣмъ не менѣе, пузырь упущенъ. Какъ это могло произойти—неизвѣстно.

Что осложненіе зависѣло отъ ненадежной фиксаціи пузыря, помимо указанныхъ случаевъ, подтверждается и наблюденіями д-ра *Ассендельфта*, у котораго тоже пузырь не разъ соскакивалъ съ крючковъ и сдѣланный разрѣзъ находился съ трудомъ.

13) **Надрывъ пузыря при извлеченіи камня**—встрѣтился 3 раза: д-рамъ *Гагенъ—Торнъ* и *Иршику* (№№ 64, 308, 323); умерла 1 дѣвочка отъ каттаральнаго воспаленія легкихъ на 60 д. послѣ операціи при вполнѣ зарубцевавшейся ранѣ.

Во всѣхъ случаяхъ разрывъ—послѣдствіе труднаго извлеченія большихъ камней: у $3^1/_2$ л. дѣвочки фосфатъ въ 22,0 грм. (4×3×2), у 8 л. мальчика три фосфата въ 48,0 грм. (6×4,5×2,5); въ послѣднемъ—у 50 л. мужчины оксалятъ въ 34,5 грм. (4×3) помѣщался въ дивертикулѣ и осложненъ былъ раковою опухолью пузыря.

14) **Пузырь проткнутъ итинераріемъ**—1 разъ д-ромъ *Ващенко*; стѣнки пузыря были чрезвычайно тонки и вялы.

15) **Дробленіе камня**—произведено 15 разъ по причинѣ величины и невозможности извлечь камень цѣликомъ, даже черезъ широкую рану пузыря.

Изъ таблицъ и исторій болѣзни этихъ случаевъ видно какія трудности приходилось преодолѣвать при дробленіи камня; въ этомъ отношеніи особенно интересны операціи: проф. *Боброва*, д-ровъ *Тернера*, *Надеждина* и др.

Изъ 15 случ., гдѣ пришлось дробить камень, 5 окончились смертью. Исключительныя условія, по большей части рѣзкое пораженіе мочеваго аппарата оперированныхъ, достаточно хорошо объясняютъ намъ причину большаго процента смертности при дробленіи камня. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что счастливцы, выздоровѣвшіе послѣ операціи при сказанныхъ условіяхъ, обязаны своему исцѣленію исключительно только высокому камнесѣченію, такъ какъ ни при какомъ другомъ методѣ литотоміи они не могли разсчитывать на успѣхъ операціи.

16) **Трудное извлеченіе камня** — встрѣтилось въ 34 случ.; умерло 15. Оно зависѣло отъ многихъ причинъ, какъ-то: величины камня, его фиксированнаго положенія въ шейкѣ пузыря или въ дивертикулѣ, узкости пузырной раны, которую приходилось расширять, узкости раны брюшной стѣнки, для чего 3 раза подрѣзывалось прикрѣпленіе прямыхъ мышцъ, особенной формы камня, множественности камней (въ одномъ случаѣ 32-хъ, д-ръ *Орловскій*). Наконецъ, извлекать было трудно: камни простато-пузырные и тѣ, которые плотно обхватывались болѣзненно измѣненной слизистой оболочкой пузыря, часто выполняя собою почти всю его полость.

Только что перечисленныя условія дѣлали удаленіе такихъ камней весьма затруднительнымъ и продолжительнымъ. Какъ видно изъ исторій болѣзни, нерѣдко это извлеченіе влекло за собою значительное кровотеченіе, 3 раза было причиной надрыва раны пузыря, 2 раза было причиной надрыва брюшины, не говоря уже о той травмѣ, которая наносилась продолжительными манипуляціями самому пузырю, краямъ его раны, нѣжной околопузырной клѣтчаткѣ.

Сказанныя условія не могли не отразиться на % смертности случаевъ этого осложненія. % великъ, но не можетъ нисколько поколебать значенія sectionis altae; въ этомъ отношеніи здѣсь вполнѣ умѣстно повторить все только что сказанное относительно дробленія камней.

17) **Камень не извлеченъ** — 1 разъ. Изъ описанія случая видно, что больному первоначально была сдѣлана боковая литотомія, но извлечь камень черезъ промежностный разрѣзъ не удалось. Тотчасъ же сдѣлано высокое сѣченіе, но и здѣсь попытка извлечь камень—безъ успѣха. Оперированный умеръ черезъ 2 мѣсяца; камень былъ не только великъ, но и крѣпко охваченъ гипертрофированными стѣнками пузыря.

Подобное осложненіе отмѣчено въ исторіи sectionis altae нѣсколько разъ. У *Günther* и *Dulles* указано 6 подобныхъ случаевъ; всѣ они оканчивались летально и по своей исключительной трудности никакимъ образомъ не могутъ быть поставлены въ упрекъ операціи. Единичное наблюденіе д-ра *Мультановскаго* пока еще не даетъ намъ права сказать: имѣемъ ли мы въ предлагаемомъ имъ крестообразномъ разрѣзѣ пузыря вѣрный способъ избѣжать этого осложненія.

18) **Камень не найденъ**—1 разъ. Случай д-ра *Русанова* (№ 84) весьма интересенъ и поучителенъ. Вотъ какъ передаетъ его авторъ: «въ моментъ разрѣза пузыря между двумя крючками у ребенка появились тошнотныя движенія; черезъ разрѣзъ хлынула струя влитой въ пузырь жидкости, а самый пузырь соскользнулъ съ крючковъ и опустился вглубь. Все это произошло чрезвычайно быстро и одновременно». Пузырь вытянутъ снова; первый разрѣзъ не найденъ; сдѣланъ новый, но теперь не найдено камня. На 3-й день при перевязкѣ въ нижнемъ углу брюшной раны подъ швомъ найденъ камень въ 1 грм. вѣсомъ. «Очевидно, что въ описанный выше моментъ камушекъ былъ вынесенъ струей жидкости изъ пузыря, но, какъ послѣдній, опорожнившись, въ тотъ же моментъ быстро опустился внизъ, то камушекъ и не могъ выйти наружу и остался на пузырѣ, въ предпузырной клѣтчаткѣ. Нагноенія послѣдней не было и случай окончился полнымъ выздоровленіемъ».

Поучителенъ данный случай тѣмъ: *a*) что будь пузырь взятъ и разрѣзанъ между лигатурами, не пришлось бы дѣлать втораго разрѣза, *b*) онъ доказалъ неудобства крючковъ, которые держатъ ненадежно, а что главное, при неблагопріятныхъ условіяхъ могутъ поранить брюшину и *c*) указалъ намъ съ какою силой можетъ произойти истеченіе жидкости изъ пузыря. Не было бы ничего удивительнаго, если бы здѣсь произошелъ разрывъ пузыря, даже брюшины; случаи—несомнѣнно извѣстные въ литературѣ.

19) **Камень осложненъ опухолью пузыря**—въ 2 случаяхъ: д-ра *Гагенъ-Торна* и проф. *Склифосовскаго* (№№ 64 и 140); исходъ перваго случая—неизвѣстенъ, второй окончился выздоровленіемъ. Въ первомъ камень оксалятъ, вѣсомъ 34,5 grm., помѣщался въ дивертикулѣ и долгое время не безпокоилъ больнаго, пока дивертикулъ не переродился въ раковое новообразованіе. Камень удаленъ, послѣ—операціонный періодъ безъ осложненій съ умѣренной лихорадкой; больной выписался не окончивъ леченія, съ невполнѣ зарубцевавшейся ранкой. Раковая опухоль, вслѣдствіе своего значительнаго распространенія, не удалена. Во второмъ—камень уратъ, размѣрами въ 1½ и 1 сант., осложненъ papill'омой. Сдѣлана sectio alta, удаленъ камень и 95,0 grm. опухоли; полное выздоровленіе.

Какихъ либо выводовъ на основаніи двухъ случаевъ сдѣлать нельзя, тѣмъ не менѣе отмѣтимъ, что осложненіе камня опухолью не повліяло нисколько на заживленіе раны и послѣоперaціонный періодъ.

20) **Осложненіе sectionis altae другими операціями**—встрѣтилось въ 22 случаяхъ; умерло 8. 3 раза до sectio alta сдѣлана lithotomia lateralis, такъ какъ камень не могъ быть удаленъ черезъ промежностный разрѣзъ; умерло двое. 1 разъ сдѣланъ разрѣзъ на мѣстѣ рубца послѣ боковой литотоміи для извлеченія камня, помѣщавшагося тотчасъ подъ рубцомъ; этотъ крайне интересный случай принадлежитъ проф. *Боброву* (№ 122). 5 разъ lithotomia mediana предшествовала высокому сѣченію (№№: 12, 66, 139, 315 и 45); сдѣланы 1 разъ д-ромъ *Севериным*ъ (неизвѣстно ради чего; умеръ), 1 разъ д-ромъ *Надеждинымъ*: сперва выполнена срединная литотомія, но такъ какъ не удалось ни вынуть камня, ни захватить его литоклястомъ, то сдѣлано sectio alta; 2 раза проф. *Склифосовскимъ*: въ одномъ случаѣ срединная литотомія не удалась, такъ какъ у больнаго были произведены ложные ходы въ стриктурѣ мочеиспускательнаго канала, въ другомъ—для болѣе удобнаго удаленія новообразованія пузыря къ высокому камнесѣченію прибавлено срединное. 1 разъ д-ромъ *Иршикомъ* сдѣлано срединное сѣченіе вслѣдъ за высокимъ, для удаленія застрявшаго въ уретрѣ осколка камня и 1 разъ д-ромъ *Ассмутомъ* послѣ того, какъ удаливъ черезъ срединный разрѣзъ одинъ камень, въ пузырѣ обнаружено еще нѣсколько другихъ. 1 разъ передъ высокимъ сѣченіемъ сдѣлана urethrot interna д-ромъ *Орловскимъ*, ради извлеченія инструментомъ Collin'а куска бужа, вводившагося больнымъ съ цѣлью расширенія стриктуры и попавшаго въ пузырь; выздоровленіе. Urethrot. externa сдѣлана 3 раза (умерло 2): д-ромъ *Надеждинымъ* (случай безнадежный) по какой причинѣ—неизвѣстно, д-ромъ *Шмитцъ*—для удаленія сломавшагося катетра à demeure (оперированный умеръ) и д-ромъ *Ассендельфтъ*—для удаленія камня, прощупывававшагося въ уретрѣ позади мошонки. 9 разъ sectionis altae предшествовали сеансы неудачной литотритіи; въ 3-хъ случ. послѣдняго осложненія эпицистотомія окончилась смертью.

Разобравъ съ возможной тщательностью всѣ осложненія sectionis altae, встрѣтившіяся въ нашемъ матеріалѣ, мы должны сдѣлать слѣдующій выводъ: *высокое камнесѣченіе въ громадномъ большинствѣ случаевъ протекаетъ безъ всякихъ осложненій; выполненіе операціи по правиламъ, выработаннымъ современной техникой, дѣлаетъ ее вполнѣ безопасной.*

*

3. **Уходъ за раной брюшной стѣнки.** Изъ приведенныхъ выше таблицъ видно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ рана брюшныхъ стѣнокъ сшивалась; очень рѣдко она оставалась зіять на всемъ своемъ протяженіи.

Сшивалась только большая часть раны, до нижняго угла, черезъ который обыкновенно проводился одинъ или два дренажа; только однажды рана брюшной стѣнки сшита на всемъ своемъ протяженіи.

При оцѣнкѣ способовъ ухода за брюшной раной намъ приходится сказать мало, такъ какъ примѣненіе шва на брюшную рану почти всѣми хирургами прямо указываетъ намъ: какому изъ двухъ способовъ ухода мы должны отдать преимущество. Предпочтеніе шву, очевидно, не случайность, а строго обдуманный планъ дѣйствія.

Только что недавно мы разбирали случай самопроизвольнаго разрыва брюшины при рвотѣ у оперированнаго, брюшная рана котораго оставалась зіять; тогда-же мы указали на то, что будь здѣсь увеличенному внутрибрюшному давленію противупоставлена сшитая стѣнка брюшнаго пресса, осложненіе не имѣло бы мѣста. Правда, случай этотъ вполнѣ исключительный, но разъ въ наукѣ извѣстны случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины, обыкновенно наблюдающіеся при условіяхъ, подобныхъ случаю д-ра *Шмитца*, то мы должны заботиться о предупрежденіи такихъ случайностей. Помимо другихъ мѣръ предосторожности, какъ то: соотвѣтственнаго случаю леченія, ухода и надзора за оперированнымъ и пр., шовъ является вполнѣ необходимымъ. Не даромъ, говоритъ д-ръ *Мокавѣевъ*, что онъ сшиваетъ рану брюшной стѣнки не потому, что разсчитываетъ получить первое натяженіе, а для того, чтобы предупредить выпираніе въ рану внутренностей, причемъ можетъ быть повреждена брюшина. Мы уже знаемъ, что такое выпираніе внутренностей наблюдалось въ случаѣ д-ра *Головачева* и окончилось воспаленіемъ брюшины съ смертельнымъ исходомъ.

Что можетъ насъ удерживать отъ примѣненія этого шва? Очевидно, забота о свободномъ стокѣ мочи изъ раны. Такой-же свободный стокъ будетъ и въ томъ случаѣ, если мы оставляемъ несшитымъ нижній уголъ раны, черезъ который мы проводимъ одинъ или два дренажа, смотря потому, какъ ведемъ мы послѣдовательное леченіе. Между тѣмъ примѣненіе шва имѣетъ еще и другое важное преимущество. Въ литературѣ извѣстны случаи разрыва, растяженія рубца и образованія пузырныхъ грыжъ послѣ операціи высокаго сѣченія. При какихъ условіяхъ, спрашивается, легче можетъ

появиться такая грыжа? Конечно, при условіи несшитой раны, гдѣ заживленіе идетъ медленно, путемъ грануляцій и рубецъ получается широкій, неровный. Не то при примѣненіи шва, гдѣ рубецъ плотенъ, линейный, и въ весьма короткое время уже настолько проченъ, что гарантируетъ насъ отъ дальнѣйшихъ непріятныхъ осложненій. Только что сказанное подтверждается и собраннымъ матеріаломъ.

Кромѣ того проф. *Богдановскій* приводитъ одно свое наблюденіе, гдѣ края раны пузыря были пришиты къ краямъ брюшной раны; образовалось грыжевидное выпячиваніе рубца и развился, въ силу ненормальнаго положенія пузыря, легко подвергавшагося малѣйшей травмѣ, такой рѣзко выраженный катарръ, что можно было подумать, что въ мочевомъ пузырѣ снова образовался камень. По всей вѣроятности это наблюденіе относится до № 41 нашей таблицы.

Сказаннаго достаточно для того, чтобы вполнѣ согласиться съ громаднымъ большинствомъ хирурговъ, которые сшиваютъ рану брюшной стѣнки; если же мы возьмемъ во вниманіе, что и срокъ выздоровленія при швѣ короче, то сшиваніе раны сдѣлается для насъ обязательнымъ.

Какъ же примѣнять швъ? Конечно, только на бóльшую часть раны, оставляя уголъ раны открытымъ для дренажа. Попытка сшивать всю рану, отмѣченная въ нашей таблицѣ только однажды, не должна быть возведена въ методъ. Какъ мы увидимъ ниже, швъ пузыря удается не всегда и мы не имѣемъ возможности съ бóльшею или меньшею увѣренностью сказать: будетъ ли въ данномъ случаѣ первое натяженіе пузырнаго шва, или нѣтъ; разъ это такъ, мы не имѣемъ права сшивать нашу наружную рану; такой швъ поистинѣ долженъ быть названъ рискованнымъ, а въ нашемъ дѣлѣ рискъ — непозволителенъ.

Поставивъ себѣ за правило сшивать брюшную рану, мы должны позаботиться о выборѣ шва и матеріала для этого послѣдняго.

Что касается перваго, то преимущества этажнаго шва—извѣстны всякому; опытъ (*Ассендельфтъ* и др.) указываетъ, что при этажномъ швѣ получаются прекрасные рубцы.

Если такъ легко рѣшенъ вопросъ о выборѣ шва, то выборъ матеріала представляется болѣе труднымъ. Казалось бы, что предпочтеніе должно быть отдано шелку, почти исключительное примѣненіе котораго въ современной хирургіи служитъ достаточной его рекомендаціей.

Однако, тщательное разсмотрѣніе собраннаго матеріала дало намъ, совершенно неожиданно, нѣсколько цѣнныхъ фактовъ. Оказалось, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ шелковый этажный шовъ обезпечилъ желаемый результатъ, но есть наблюденія, гдѣ фистулезный ходъ на мѣстѣ брюшной раны поддерживался долго, благодаря присутствію въ глубинѣ шелковаго шва; стоило отойти такому шву и рана быстро рубцевалась.

Небольшое число такихъ неудачныхъ случаевъ само по себѣ не могло бы заставить останавливаться на нихъ особенно долго, такъ какъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ трудно уловить совокупность причинъ, обусловливавшихъ затяжной послѣопераціонный періодъ съ образованіемъ фистулъ, но въ связи съ несомнѣннымъ, почти постояннымъ фактомъ такого же заживленія, наблюдаемаго при пузырномъ швѣ, наложеннымъ шелкомъ, о чемъ подробно ниже, для насъ и эти нѣсколько случаевъ пріобрѣтаютъ значеніе. Взявъ во вниманіе, что при большомъ числѣ наблюденій, гдѣ брюшная стѣнка сшивалась кэтгутомъ, ничего подобнаго не случалось, выводъ понятенъ: матеріаломъ для глубокаго шва долженъ служить кэтгутъ, для поверхностнаго—шелкъ.

Этимъ мы заканчиваемъ разсмотрѣніе вопроса объ уходѣ за раной брюшной стѣнки. Замѣтимъ, однако, что въ случаяхъ неудачи, въ случаяхъ длительнаго заживленія раны путемъ грануляцій, съ образованіемъ широкихъ рубцовъ, необходимо совѣтывать оперированнымъ на первое время ношеніе соотвѣтственно сдѣланной повязочки на нижнюю часть живота. Ношеніе такого бандажа избавитъ ихъ отъ возможныхъ страданій, подробныхъ приведеннымъ выше. Къ счастію, въ исторіи sectionis altae случаи грыжи рубца считаются единицами и никоимъ образомъ не въ состояніи подорвать довѣрія къ операціи.

4. Уходъ за раной пузыря. Съ самого момента возникновенія эпицистотоміи и до нашихъ дней предохранить оперированнаго отъ мочевой инфильтраціи составляло главную заботу хирурговъ. Противники высокаго сѣченія ставятъ на видъ операціи, что при ней даны всѣ условія для мочевой инфильтраціи, и что въ этомъ отношеніи она, по сравненію съ боковымъ разрѣзомъ, не выдерживаетъ самой слабой критики.

Опасность мочевыхъ затековъ сознавалась и ея защитниками. Всякій изъ нихъ старался по своему предохранить оперированнаго

отъ гибельныхъ послѣдствій мочевой инфильтраціи, а потому не будетъ большимъ преувеличеніемъ сказать, что въ заботахъ объ уходѣ за раной пузыря предложено почти столько-же способовъ, сколько было хирурговъ, практиковавшихъ высокое камнесѣченіе.

Rousset (1580) совѣтывалъ послѣ операціи вводить катетръ à demeure, *Pallucі* (1750) предложилъ проколъ промежности черезъ пузырь и катетръ для отведенія мочи. *Frère Côme* (1760) примѣнялъ катетръ á demeure, а также предложилъ дѣлать boutonnière, которая могла служить въ одно и тоже время, какъ для проведенія стрѣловиднаго зонда, такъ и для проведенія прямой канюли, съ цѣлью свободнаго оттока мочи. *Deschamps* (1796) совѣтывалъ отводить мочу черезъ прямую кишку, для чего употреблялъ особую канюлю; *Rouget* предложилъ высасываніе мочи спринцовкой черезъ каждые $^1/_2$ часа. *Vernière* (1826) предложилъ новый методъ операціи въ два темпа, для чего онъ изобрѣлъ особый компрессоръ, который долженъ былъ сжимать, захваченные вмѣстѣ, края пузырной и брюшной раны и тѣмъ совершенно защищать тазовую клѣтчатку отъ затеканія мочи. *Pinel-Grandchamp* (1826) первый произвелъ опытъ съ наложеніемъ пузырнаго шва и былъ того мнѣнія, что онъ примѣнимъ при высокомъ сѣченіи. *Ammussat* (1827) предложилъ вводить въ рану пузыря толстую согнутую трубку; къ этой трубкѣ впослѣдствіи *Rigal* прибавилъ родъ рубашки, которая, по введеніи канюли въ пузырь, могла раздуваться воздухомъ и тѣмъ вполнѣ герметически отдѣлять полость пузыря отъ околопузырной клѣтчатки. *Souberbielle* (1833), много и счастливо оперировавшій высокимъ сѣченіемъ, изобрѣлъ свой сифонъ-аспираторъ, такъ какъ boutonnière, предложенная *F. Côme*, ему казалась опасной по своему кровотеченію. *Gartelaup* (1829) предложилъ вводить въ пузырь гутаперчевый баллонъ, нѣсколько расширивъ который воздухомъ и слегка вытянувъ наружу, можно было бы вполнѣ герметически закрыть рану пузыря со стороны его полости. *Almeida, Widal de Cassis* (1843), *Langenbuch* предложили дѣлать операцію въ два темпа; *Perrier*, *Guyon* примѣняютъ нѣчто вродѣ дренажей—сифоновъ. *Dittel* вводитъ въ употребленіе катетръ съ сифоннымъ приспособленіемъ. *Lotzbeck*, *Дуброво*, *Максимовъ*, *Vincent*, *Antal*, *Знаменскій*, *Кранцфельдъ*, *Julliard*, *Bouley*, *Duschastelet*, *Склифосовскій*, *Тиллингъ*, *Brenner*, *Недзведзкій*, *Подрезъ* и др. являются защитниками пузырнаго шва, примѣняютъ его на практикѣ и разработываютъ экспериментально. *Cheselden*, *Frère Côme*, *Home* держали своихъ

оперированныхъ на боку или животѣ, что въ недавнее время снова настоятельно рекомендуетъ *Trendelenburg*, придумавшій при томъ для пузыря особый теобразный дренажъ *).

Изъ этого краткаго перечня предложенныхъ въ различное время многочисленныхъ способовъ предохранить оперированныхъ отъ мочевой инфильтраціи, конечно, въ настоящее время большинство имѣетъ лишь историческое значеніе. Въ наше время примѣняются только: дренажъ пузыря или предпузырнаго пространства, дренажъ-сифонъ, катетръ-сифонъ, катетръ á demeure, положеніе на животѣ и боку, наконецъ, швовъ пузыря. Разсмотримъ же поближе всѣ перечисленные способы ухода за раной пузыря, взявъ во вниманіе лишь собранные нами случаи антисептическаго времени.

а) **Дренажъ пузыря**—былъ примѣненъ въ 250 случ. Чтобы сдѣлать приблизительную оцѣнку этого наичаще употребляемаго способа ухода за раной пузыря, посмотримъ, придерживаясь дѣленія нашего матеріала на 5 группъ, по степени пораженія мочевыхъ путей, сколько разъ дренажъ пузыря и съ какимъ успѣхомъ примѣнялся въ той или другой группѣ случаевъ.

I группа.

135 случ.; выздоровѣло 124, умерло 11. Послѣопераціонный періодъ прошелъ:

а) Безъ лихорадки. . .	52	Выздоровленіе наступило (въ средн.).	на 19,5 д.
b) Почти безъ лихорадки.	26		» 23,5 д.
с) Съ незнач. лихорадкой.	24		» 24,5 д.
d) Съ значит. лихорадкой.	12		» 35.5 д.
е) Съ затяжн. теченіемъ .	10		» 64,9 д.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) грязный налетъ въ ранѣ—1, *b*) pericystitis purulenta—4 (въ одномъ случаѣ съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой клѣтчатки), *c*) нагноеніе въ брюшной ранѣ—1, *d*) abcessus надъ Пупартовой связкой—1 *e*) свищевой ходъ въ нижнемъ углу раны долго не закрывался—5, *f*) cystitis—4, *g*) pyelitis—1, *h*) eczema вокругъ брюшной раны—8, *i*) erythema—2; *j*) orchitis—I, *k*) balanopostitis—2, *l*) enteritis catar.—3, *m*) bronchitis acuta—1, *n*) influenza, *o*) scarlatina—1.

*) Желающимъ поближе познакомиться съ исторіей этого вопроса отсылаемъ къ работамъ: Güntner'a [124]), Bouley.

Причиной смерти были:

a) peritonitis acuta—4, *b*) haemorrhagia—1, *c*) nephritis interstitialis—1, *d*) enteritis follicul.—1, *e*) причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—4.

II группа.

54 случ.; выздоровѣло — 44, умерло — 10. Послѣопераціонный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки . . .	9	Выздоровленіе наступило (въ средн.).	на 25.2 д.
b) Почти безъ лихорадки.	13		» 34.1 д.
c) Съ незнач. лихорадкой.	8		» 27,5 д.
d) Съ значит. лихорадкой.	8		» 29.2 д.
e) Съ затяжн. теченіемъ .	6		» 64.1 д.

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) pericystitis съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *b*) cystitis—3, *c*) pyelitis—1, *d*) erythema—2, *e*) urethritis—1, *f*) oedema praeputii—2, *g*) bronchitis—1, *h*) enteritis catar.—2.

Причиной смерти были:

a) peritonitis—1, *b*) pyelonephritis—1, *c*) nephritis—1, *d*) uraemia—1, *e*) septicaemia ex otitide med.—1, *f*) erysipelas et gangraena scroti—1, *g*) причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—4.

III группа.

37 случ.; выздоровѣло — 28, умерло 9. Послѣоперационный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки . . .	4	Выздоровленіе наступило (въ средн.).	на 27,7 д.
b) Почти безъ лихорадки .	3		» 31,3 д.
c) Съ незнач. лихорадкой .	4		» 35,2 д.
d) Съ значит. лихорадкой .	3		› 37,3 д.
e) Съ затяжн. теченіемъ.	14		» 76,8 д.

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) pericystitis—3 (во всѣхъ случаяхъ съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой клѣтчатки, *b*) нагноеніе въ брюшной ранѣ—2, *c*) инфильтратъ брюшной стѣнки кругомъ раны, не перешедшій въ нагноеніе—1, *d*) свищевой ходъ въ нижнемъ углу раны долго не за-

крывался—3, *e)* cystitis—4, *f)* pyelitis et abcessus perinephrit.—1, *g)* uraemia—1, *h)* urethritis—1, *i)* abcessus periurethralis—1, *j)* pneumonia catar.—1, *k)* enteritis catar. 1, *l)* decubitus—1.

Причиной смерти были:

a) peritonitis—2, *b)* pyelonephritis—2, *c)* uraemia—1, *d)* pneumonia catar.—1, *e)* причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—3.

IV группа.

4 случ.; выздоровѣло 2, умерло 2. Послѣопераціонный періодъ прошелъ:

а) безъ лихорадки и b) почти безъ лихорадки; выздоровленіе въ этихъ случаяхъ наступило на 20,5 д. Причиной смерти были: *a)* pyelonephritis и *b)* pericystitis.

V группа.

20 случ.; выздоровѣло—17, умерло 3. Послѣопераціонный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки . . .	5	Выздоровленіе наступило (въ среднемъ).	на 24,3 д.
b) Почти безъ лихорадки .	2		» 35,0 д.
c) Съ незнач. лихорадкой.	3		» 40,3 д.
d) Съ значит. лихорадкой.	3		» 35,6 д.
e) Съ затяжнымъ теченіемъ.	4		» 97,5 д.

Въ послѣоперац іонномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) затекъ мочи (куда? не сказано)—1, *b)* pericystitis съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *c)* отхожденіе кусковъ омертвѣлой слизистой оболочки пузыря (послѣ труднаго извлеченія камня) — 1, *d)* долго не зажившій свищъ уретры послѣ urethrotomiae externae—1, *e)* боли въ reg. subinguinalis и припухлость m. adductor. femoris—1, *f)* urethritis—1, *g)* balanopostitis—1, *h)* enteritis catar.—1, *i)* bronchitis—1.

Причиной летальнаго исхода были: *a)* tuberculosis universalis, *b)* причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—2.

Только что разобранный матеріалъ даетъ намъ весьма цѣнныя указанія для оцѣнки достоинствъ дренажа пузыря, какъ метода уходъ за пузырной раной.

Во всѣхъ 5 группахъ мы можемъ отмѣтить лишь: *a)* затекъ мочи (куда ? не указано)—1, *b)* pericystitis purul. съ отхожденіемъ

кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—6, *c)* pericystitis purulenta—3 (умеръ), *д)* нагноеніе въ брюшной ранѣ—3 и *e)* abcessus надъ Пупартовой связкой—1; слѣдовательно, 14 разъ наблюдались такія осложненія послѣопераціоннаго періода, которыя можно назвать мочевой инфильтраціей, хотя, строго разсуждая, мы далеко не всѣ случаи развивающагося воспаленія околопузырной клѣтчатки имѣемъ право ставить въ зависимость отъ пропитыванія ея мочею.

Не желая заслужить хотя тѣни намека въ пристрастіи, мы не только рѣшились считать эти 14 осложненій, прямо зависящими отъ мочевой инфильтраціи, но присоединили еще къ нимъ: *a)* инфильтратъ брюшной стѣнки вокругъ раны, не перешедшій въ нагноеніе и *b)* боль въ reg. subinguinal. и припухлость m. adductor. femoris, такъ какъ, съ натяжкой, и эти случаи можно допустить, какъ послѣдствіе раздраженія околопузырной клѣтчатки изливавшейся въ нее плохою мочею (случ. III и V груп-). Итакъ всего 16 разъ дренажъ пузыря оказался недостаточнымъ для предохраненія оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, что составитъ около 7% на все число случаевъ, проведенныхъ послѣ операціи съ однимъ толстымъ или двумя тонкими дренажами пузыря; изъ этихъ 16 разъ только однажды причина смерти можетъ быть поставлена въ зависимость отъ мочевой инфильтраціи.

Отсюда ясно, что этотъ способъ ухода за раной пузыря долженъ считаться вполнѣ надежной гарантіей оперированнаго отъ гибельныхъ послѣдствій мочевыхъ затековъ. Блестящій результатъ 102 операцій д-ра *Ассендельфта*, съ 1% смертности при примѣненіи этого метода, лучше всего подтверждаетъ только что сказанное. И въ только что разобранномъ матеріалѣ % смертности въ зависимости отъ мочевой инфильтраціи говоритъ въ пользу разсматриваемаго метода ухода за раной: умеръ 1 (pericystitis) Если мы пойдемъ дальше и, что будетъ большой натяжкой, всѣ случаи смерти отъ воспаленія брюшины, а также тѣ, въ которыхъ причина смерти не указана, поставимъ въ зависимость отъ мочевой инфильтраціи, то и тогда % смертности будетъ равенъ 11,5, не смотря на то, что въ $^1/_4$ всѣхъ случаевъ качества мочи указывали на весьма рѣзкое пораженіе пузыря и почекъ.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ примѣнялся дренажъ слѣдующимъ образомъ: послѣ извлеченія камня, осмотра пузыря и тщательнаго промыванія, одинъ толстый или два тонкихъ дренажа вводились въ пузырь. Нѣкоторые пришивали дренажъ однимъ швомъ

къ краю брюшной раны. другіе укрѣпляли его карльсбадской булавкой. Многіе оставляли дренажъ, не укрѣпляя его какимъ либо образомъ, вполнѣ разсчитывая, что онъ плотно удерживается краями нижняго угла раны. Въ виду того, что въ исторіяхъ болѣзни, хотя и рѣдко, но упоминается о томъ, что дренажъ выпадалъ изъ раны, намъ кажется вполнѣ необходимымъ позаботиться объ его укрѣпленіи, тѣмъ болѣе, что это дѣлается крайне легко.

Дренажъ, въ среднемъ, удалялся на 5—12 день; есть наблюденіе д-ра *Кядіяна*, что на 5 день появилось на дренажѣ отложеніе мочекислыхъ солей, почему онъ и не держитъ дренажа болѣе 4 сутокъ. Средній срокъ, въ который при этомъ уходѣ за пузырной раной моча шла нормальнымъ путемъ, вывести нельзя, такъ какъ нормальное мочеиспусканіе наблюдалось въ самые различные сроки.

в) **Дренажъ пузыря и предпузырнаго пространства**—по своимъ результатамъ можетъ вполнѣ конкурировать съ однимъ дренажемъ пузыря. Но, взявъ во вниманіе, что на первые дни намъ выгодно имѣть хорошій стокъ изъ предпузырнаго пространства для могущихъ появиться продуктовъ реактивнаго воспаленія, то примѣненіе въ первое время послѣ операціи не особенно толстаго дренажа этого пространства—желательно.

c) **Дренажъ только предпузырнаго пространства**—вмѣстѣ съ катетромъ á demeure примѣнялся въ 9 случ.; умерло 3: *a)* peritonitis *b)* pyelonephritis et nephrolithiasis bilateralis, *c)* причина смерти неизвѣстна. Вывести на основаніи столь малаго числа наблюденій какое либо заключеніе относительно такого ухода за пузыремъ не рѣшаемся, но отмѣтимъ заявленіе д-ра *Головачева*, который держится того мнѣнія, что дренажъ мѣшаетъ быстрому заживленію пузырной раны. Такое заключеніе опытнаго хирурга намъ кажется поспѣшнымъ: собранный матеріалъ указываетъ намъ много такихъ случаевъ, гдѣ выздоровленіе наступало въ тѣ-же сроки, что и у д-ра *Головачева*, при самыхъ разнообразныхъ способахъ ухода за раной пузыря.

d) **Полный шовъ пузыря**. Приступая къ наиболѣе интересной части нашего труда, мы должны сказать, что при настоящемъ состояніи вопроса о швѣ пузыря, пользуясь довольно значительнымъ статистическимъ матеріаломъ, можно сдѣлать весьма цѣнные практическіе

выводы. Какъ будетъ видно ниже, выводы эти были уже намѣчены и раньше, но, не имѣя подъ собой достаточныхъ наблюденій, они казались болѣе или менѣе теоретическими разсужденіями. Теперь же, подтвержденные бо́льшимъ количествомъ случаевъ, выводы эти дѣлаются для насъ обязательными.

Прежде чѣмъ приступить къ разбору собранныхъ случаевъ, въ виду того огромнаго интереса, который связанъ съ значеніемъ пузырнаго шва при высокомъ камнесѣченіи, кратко остановимся на исторіи возникновенія и постепеннаго развитія этого усовершенствованія sectionis altae.

Мысль о пузырномъ швѣ принадлежитъ далеко не новѣйшей хирургіи. *Rousset* (1580) считалъ его безполезнымъ, *Solingen* (XVII ст.) совѣтывалъ по извлеченіи камня соединять швомъ рану пузыря на манеръ того, какъ это дѣлается при гастрорафіи. *Frère Côme* примѣнилъ однажды шовъ пузыря, но развившееся нагноеніе впереди пузыря заставило его снять швы на 2 день; такой случай былъ и у *Procsbisch*. *Gehler* (1807) предложилъ новый методъ операціи—разрѣзъ стѣнки брюшной поперечно, параллельно симфизу, а затѣмъ шовъ краевъ пузырной раны съ раной брюшины. Этотъ методъ не примѣнялся ни разу.

Pinel-Grandchamp (1826) первый началъ экспериментальную разработку вопроса о пузырномъ швѣ. На основаніи своихъ опытовъ онъ пришелъ къ заключенію, что шовъ пузыря вполнѣ примѣнимъ при высокомъ камнесѣченіи. По его мнѣнію, при наложеніи шва слѣдуетъ пользоваться скорняжнымъ швомъ, проводя его черезъ всю толщу стѣнки пузыря. Рана брюшная должна быть открыта для того, чтобы можно было слѣдить за состояніемъ пузыря и самого шва. По прошествіи нѣкотораго времени шовъ долженъ быть удаленъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ вокругъ швовъ, въ полости пузыря, образуются отложенія солей; швы служатъ ядромъ для образованія новыхъ камней, что ему приходилось наблюдать.

Изъ этой краткой передачи единственной экспериментальной работы того времени видно, насколько шовъ былъ несовершененъ и мало обѣщалъ успѣха. Немудрено, что въ тѣ годы примѣненіе шва на пузырь ограничивалось весьма немногими случаями, скорѣе какъ опыты, а не какъ методъ; вопросъ о швѣ разработывался только теоретически, такъ что до конца 50-хъ годовъ онъ долженъ считаться лишь только затронутымъ.

Новая эра въ исторіи высокаго камнесѣченія настала съ того

времени, когда проф. *Bruns* и его ассистентъ д-ръ *Lotzbeck* [125]) опубликовали удачные случаи примѣненія пузырнаго шва (стр. 145), дали оперативный методъ этого шва, нашъ-же соотечественникъ, д-ръ *Максимовъ*, экспериментальными изслѣдованіями доказалъ всю пригодность способа, употреблявшагося въ Тюбингенской клиникѣ Bruns'a.

Способъ этотъ заключался въ слѣдующемъ: при наложеніи шва пузырь захватывался пинцетомъ и слегка оттягивался кверху; помощью иглодержателя шовъ накладывался кривою иглою съ одного края раны на другой, не захватывая слизистой оболочки пузыря; одинъ конецъ шелковой нити, завязанный узломъ, обрѣзывался коротко, другой, длинный, выводился изъ раны.—Для того, чтобы убѣдиться—хорошо ли держитъ шовъ, пузырь наполнялся водой и не долженъ быть давать просачиваться влитой жидкости; по окончаніи операціи катетръ à demeure.

Не смотря на успѣхъ пузырнаго шва, тогда-же противъ его примѣненія высказались многіе хирурги; тѣмъ не менѣе съ этого времени все чаще и чаще начали появляться описанія случаевъ sectionis altae съ наложеніемъ шва.

Въ 1876 г. появляются экспериментальныя изслѣдованія д-ра *Максимова* относительно примѣненія кэтгута для пузырнаго шва. На основаніи 22 опытовъ на собакахъ и 3-хъ на кроликахъ авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Изъ 25 операцій sectionis altae съ примѣненіемъ шва на рану пузыря—въ 16 случ. получено первое натяженіе, въ 9 смертельный исходъ. Весьма любопытны вскрытія этихъ послѣднихъ.

Вскрытія показали, что смерть во всѣхъ случаяхъ зависѣла отъ расхожденія краевъ пузырной раны, вслѣдствіе чего моча свободно изливалась въ полость брюшины и обусловливала перитонитъ и септицэмію (l. c. стр. 43). Ближайшее разсмотрѣніе этихъ случаевъ указало, что расхожденіе краевъ пузырной раны зависѣло: 1) отъ того, что шовъ проводился черезъ всю толщу пузырной стѣнки, при чемъ слизистая оболочка, при затягиваніи шва, выворачивалась кверху, ложилась между краями разрѣза и мѣшала срощенію, или 2) вслѣдствіе того, что отдѣльные швы накладывались довольно далеко другъ отъ друга, такъ что между ними оставались довольно большіе промежутки и моча, собираясь въ пузырѣ и расширяя его, просачивалась между швами (стр. 44).

Изслѣдуя микроскопическую картину срѣзовъ пузыря, во всю

толщу спайки удачно сросшихся случаевъ, авторъ убѣдился, что «заживленіе раны мочеваго пузыря происходило при образованіи въ ней спайки путемъ быстро наступающей пролифераціи грануляціонныхъ элементовъ, постепенно пріобрѣтавшихъ форму веретенообразныхъ и выдѣлявшихъ вокругъ себя основное вещество, съ одновременнымъ образованіемъ новыхъ сосудовъ, вступавшихъ во взаимное сообщеніе съ противуположныхъ сторонъ раненыхъ поверхностей. Столь быстрое срощеніе раны, оказавшееся уже на 4-й день достаточно прочнымъ, при отсутствіи малѣйшихъ признаковъ нагноенія, заставляютъ допустить здѣсь тотъ видъ заживленія, который называется первымъ натяженіемъ (стр. 49).

Что касается до судьбы кэтгутоваго шва, то въ случаяхъ летальныхъ, наступавшихъ обыкновенно на 3—7 д., онъ оказывался почти безъ всякихъ измѣненій; въ случаяхъ же окончившихся удачно, кэтгутъ мало по малу истончался до полнаго исчезновенія.

Интересная работа автора заканчивается слѣдующими выводами: 1 и 2) подъ вліяніемъ струннаго шва происходитъ полное возстановленіе цѣлости раненой пузырной стѣнки путемъ перваго натяженія. 3) Примѣненіе шва оказывается безуспѣшнымъ, когда нить его проводится черезъ всю толщу пузырной стѣнки со слизистой оболочкой включительно. 4) Разрушеніе и исчезновеніе отдѣльныхъ частей шва—петель и узловъ—совершается неравномѣрно: раньше исчезаетъ лежащая въ проколѣ петля, позднѣе—наружные узлы. 5) Процессъ распаденія и исчезновенія струны заканчивается въ проколахъ около 8-го д., въ углахъ—около 24-го д. 6) Присутствіе тонкихъ струнныхъ нитей не вызываетъ въ проколахъ нагноенія (стр. 51).

Въ 1880 г. проф. *Гепнеръ* [126]) при описаніи метода высокаго камнесѣченія упоминаетъ о томъ, что нѣкоторые хирурги зашиваютъ рану пузыря, другіе оставляютъ ее открытой, и высказывается относительно предложеннаго имъ восьмиобразнаго шва для перинеорафіи, какъ «о вѣрномъ средствѣ для закрытія сразу, какъ пузырной, такъ и брюшной раны» (стр. 350).

Слѣдующая экспериментальная работа по вопросу о пузырномъ швѣ вышла въ 1881 г. и принадлежитъ *Vincent* [127]), который послѣ 29 опытовъ на собакахъ пришелъ къ тѣмъ же выводамъ, что и *Максимовъ*. Для шва при *внутрибрюшинныхъ ранахъ пузыря* авторъ совѣтуетъ накладывать два ряда швовъ: нижній—серозно-мускульный, верхній—серозный (séro—musculeux. séro—séreux); накладывать ихъ слѣдуетъ безъ захвата слизистой оболочки и на разстояніи другъ отъ

друга не болѣе 2 млм. По наложеніи шва, слѣдуетъ всегда убѣдиться: хорошо-ли онъ держитъ; для чего, по окончаніи сшиванія, слѣдуетъ наполнить пузырь какой либо окрашенной жидкостью; въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ жидкость протечетъ, накидывается дополнительный шовъ (стр. 558—561).

Изъ многочисленныхъ выводовъ автора отмѣтимъ слѣдующіе: 7) карбализованный шелкъ слѣдуетъ предпочитать кэтгуту, такъ какъ послѣдній ломокъ при завязываніи шва, кромѣ того скоро разсасывается. Кэтгутъ можетъ быть употребленъ только при этажномъ швѣ, а именно для глубокаго шва (sèro—musculeux) и 13) даже многочисленные уколы пузыря средними и толстыми иглами заживаютъ быстро, должны считаться безвредными, такъ какъ черезъ такіе уколы моча не просачивается изъ пузыря въ полость брюшины (стр. 576. См. опытъ VIII, стр. 562).

Въ 1882 г. *Julliard* [128]) по поводу случая разрыва пузыря во время оваріотоміи, окончившагося выздоровленіемъ по наложеніи шва на разрывъ, совѣтуетъ накладывать пузырный шовъ по *Lembert'y*, не захватывая слизистой оболочки, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, моча будетъ дѣйствовать на шовъ химически; кромѣ того при этомъ можетъ проникать черезъ уколы вдоль нитей и своими разрушительными свойствами можетъ помѣшать заживленію. Въ виду этого слѣдуетъ накладывать частый шовъ, притомъ заходить на 1 сант. выше нижняго и верхняго угловъ раны, такъ какъ изъ опыта видно, что моча обыкновенно просачивается не черезъ средину шва, а черезъ углы. Для шва слѣдуетъ пользоваться кэтгутомъ; по окончаніи операціи катетръ á demeure (стр. 459—461).

Duschastelet, уже извѣстный намъ своей работой по провѣркѣ способа *Garson—Petersen'a*, является защитникомъ пузырнаго шва и предлагаетъ особый *предварительный шовъ*, для котораго изобрѣтаетъ весьма сложный, хотя и остроумный, инструментъ— cystorraphe. Идея шва слѣдующая: на наполненный и растянутый жидкостью пузырь, при помощи его инструмента, накладываются швы на подобіе *Lembert*'овскихъ, при чемъ по срединѣ они проходятъ надъ желобкомъ цисторрафа. Самый верхній шовъ, для котораго въ инструментѣ устроена маленькая выемка, будучи натянутъ, фиксируетъ какъ самый инструментъ, такъ отчасти, вмѣстѣ съ выстоящимъ, загнутымъ верхнимъ концемъ его, фиксируетъ и предохраняетъ складку брюшины. Всѣ швы, проведенные надъ желобоватой частью цисторрафа, могутъ быть приподняты вверхъ при помощи особаго

крючка, которымъ швы плотно удерживаются. Между приподнятыми такимъ образомъ швами разрѣзывается пузырь, причемъ ножъ ведется между стѣнками основной части инструмента, фиксированнаго къ пузырю верхнимъ швомъ.

Выгоды такого предварительнаго шва, по мнѣнію автора, заключаются въ томъ, что при помощи его инструмента можно наложить швы болѣе правильно и симметрично, такъ какъ пузырь еще полонъ, весьма доступенъ, а самое поле операціи не загрязнено кровью. Разрѣзъ по желобку инструмента удобенъ; наконецъ, этотъ шовъ позволяетъ, въ случаѣ нужды, быстрое и герметическое закрытіе раны пузыря.

Конечно, всѣ эти выгоды—плодъ теоретическихъ разсужденій и опытовъ на трупахъ, на которыхъ операція безъ помѣхи можетъ длиться неопредѣленно продолжительное время. Весьма остроумный и сложный инструментъ *) не примѣнялся на живомъ ни разу и, само собою разумѣется, примѣняться не будетъ.

Одновременно *Bouley* (*l.* с., стр. 157—174) экспериментально разработалъ вопросъ о пузырномъ швѣ и предложилъ тоже способъ наложенія *предварительнаго шва.*

При своихъ опытахъ на собакахъ авторъ употреблялъ узловатый шовъ и изслѣдовалъ различный матеріалъ для шва. Изъ 5 собакъ погибли 3. Свою неудачу онъ объясняетъ недостаткомъ антисептическихъ предосторожностей, при которыхъ происходили опыты. Вотъ его выводы: a) швы должно накладывать близко другъ къ другу, не дальше 4 мм.; b) шовъ долженъ проходить возможно ближе къ слизистой оболочкѣ, черезъ всю толщу стѣнки пузыря, никоимъ образомъ не захватывая слизистой оболочки; c) вколъ и выколъ шва должны быть не ближе 8—10 мм. отъ краевъ раны.

Предложенный *Vincent* двойной шовъ, какъ сказано, нѣсколько похожій на шовъ *Lembert'a* и столь имъ восхваляемый, кажется *Bouley* безполезнымъ; достаточно вполнѣ и узловатаго поверхностнаго шва. Что касается до предложенія *Vincent* окровавливать передъ наложеніемъ шва края пузырной раны, то это не должно быть примѣняемо, такъ какъ сгустки, образующіеся при этомъ условіи между

---

*) *Cystorraphe*, какъ инструментъ весьма сложный, описать хорошо очень трудно; его устройство лучше всего понятно на рисункѣ, который можно найти у *Bouley* (l. с., стр. 241, 242), а также въ Annales des malad. des organes-génito-urinaires 1883 и въ статьѣ автора (Revue de Chir., 1883, № 2).

краями раны, могутъ мѣшать заживленію. Напротивъ того, слѣдуетъ шить послѣ тщательной очистки раны пузыря.

Изслѣдованія матеріала для шва показали, что лучшимъ долженъ считаться «crin de Florence». *Bouley* замѣтилъ, что всѣ швы (кэтгутъ, обыкновенная нитка, карболизованный шелкъ) прорѣзываютъ одинаково скоро, но все же скорѣе всего кэтгутъ. Тѣмъ не менѣе кэтгутъ совсѣмъ не такъ скоро разсасывается, какъ это принято думать; невыгода его та, что онъ весьма скоро разбухаетъ, производитъ давленіе на волокна тканей, а отсюда и скорѣе прорѣзывается.

Bouley первый собралъ таблицу опубликованныхъ случаевъ примѣненія пузырнаго шва; оказалось, что въ 23 случ. шва онъ не удался 10 разъ. Кэтгутъ употреблялся 11 разъ и въ 7 случаяхъ— неуспѣхъ; карболизованный шелкъ примѣненъ 8 разъ, неуспѣхъ въ 3 случаяхъ; обыкновенная нитка и металлическій шовъ примѣнены 4 раза и во всѣхъ случаяхъ успѣхъ полный. Эта статистика даетъ возможность сказать автору, что въ дѣлѣ оцѣнки пузырнаго шва слѣдуетъ ждать болѣе многочисленныхъ наблюденій.

Наложеніе шва не всегда легко и такъ какъ шить рану пузыря слѣдуетъ тщательно, то лучше отказаться отъ шва въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предвидятся трудности. Примѣненіе его *предварительнаго шва* можетъ быть весьма полезно и вѣрнѣе обезпечить успѣхъ, такъ какъ такой шовъ накладывается весьма точно. Предлагаемый имъ методъ слѣдующій: дойдя до наполненнаго и расширеннаго пузыря, дѣлается послойный разрѣзъ его стѣнки до слизистой оболочки; послѣ этого обыкновеннымъ пинцетомъ захватываются края пузырной раны и проводятся швы, которые такимъ образомъ пройдутъ черезъ всю толщу стѣнки пузыря, за исключеніемъ слизистой оболочки, надъ которой швы будутъ проходить съ одного края раны на другой. Наложивъ швовъ столько, сколько потребуетъ величина раны, ихъ оттягиваютъ частью вверхъ, частью внизъ; открывъ такимъ образомъ поле операціи, разрѣзываютъ слизистую оболочку по срединѣ между краями раны, сдѣланной въ толщѣ стѣнки пузыря, и доканчиваютъ операцію. Теперь стоитъ только натянуть петли наложенныхъ швовъ, какъ пузырь будетъ сшитъ самымъ точнымъ образомъ (стр. 177—179).

Какъ видно, идея таже, что и въ способѣ *Duschastelet*, но неизмѣримо проще и удобнѣе для выполненія. Мы увидимъ ниже, что методъ *Bouley*, весьма мало измѣненный профессоромъ *Подрезомъ*, съ успѣхомъ примѣненъ въ 8 случаяхъ (7 разъ полученъ успѣхъ).

Д-ръ *Знаменскій* своими опытами на собакахъ относительно частичнаго изсѣченія стѣнокъ пузыря, въ общемъ, подтверждаетъ результаты, полученные ***Максимовымъ***. По его мнѣнію слѣдуетъ накладывать пузырный шовъ кэтгутомъ и обыкновенными круглыми иглами, а не хирургическими, такъ какъ при этихъ послѣднихъ часто наблюдались столь значительныя кровотеченія изъ мѣстъ вколовъ шва, что приходилось или накладывать лигатуру, или новый шовъ на кровоточащее мѣсто. Кровотеченія эти могутъ быть и въ полость пузыря, какъ наблюдалъ авторъ; въ такомъ случаѣ сгустки могутъ закупорить уретру, а этимъ обусловить неуспѣхъ шва. Накладывать шовъ слѣдуетъ густо, такъ какъ при сильномъ сокращеніи пузыря, швы, наложенные другъ отъ друга на разстояніи 2 мм., при разслабленіи пузыря оказываются на разстояніи 3-хъ и болѣе млм., такъ что при значительномъ наполненіи пузыря моча можетъ просочиться (l. c., стр. 164). Этого можно избѣжать полнымъ хлороформнымъ наркозомъ, при которомъ пузырь разслабляется вполнѣ; поэтому наркозъ долженъ быть полный во все время накладыванія шва.

Относительно техники шва—предпочтеніе должно быть отдано узловатому шву, такъ какъ опытъ учитъ, что непрерывный шовъ чаще расходится; стоитъ распуститься одному шву, какъ разойдутся всѣ остальные. Швы прорѣзываются всего скорѣе въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ располагается жирная клѣтчатка; на основаніи этого жировую ткань, какъ малостойкую и легко прорѣзываемую, не слѣдуетъ захватывать въ шовъ (стр. 165).

Willy Meyer [129]) продолжилъ статистическую работу ***Bouley*** о швѣ и собралъ 19 случ., которые и добавилъ къ 23 ранѣе собраннымъ. Изъ этихъ 23-хъ авторъ выбрасываетъ случай наложенія шва на разрывъ пузыря уже во время несомнѣнныхъ признаковъ развивающагося воспаленія брюшины; кромѣ того шовъ въ этомъ случаѣ былъ наложенъ внутрибрюшинно и не можетъ быть взятъ въ оцѣнку пузырнаго шва при высокомъ камнесѣченіи. Всего собрано 41 операція sectionis altae съ наложеніемъ шва на пузырь; въ 16 случаяхъ получена prima (изъ нихъ 1 разъ смерть при зажившей уже ранѣ отъ pyelitis), въ 17 случ. шовъ разошелся и заживленіе шло путемъ грануляцій; изъ нихъ умерло 8 и причиной смерти въ 1 случаѣ была рожа, въ 7—септицэмія. Слѣдуетъ отмѣтить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заживленіе при пузырномъ швѣ наступало путемъ вторичнаго заживленія, тамъ выздоровленіе требовало весьма продолжительнаго времени (стр. 502).

Лучшимъ швомъ долженъ считаться пузырный шовъ, накладываемый на подобіе *Lembert'овскаго* кишечнаго; шить слѣдуетъ по *Максимову*, не захватывая слизистой оболочки. По наложеніи шва— катетръ à demeure.

Не подлежитъ сомнѣнію, что пузырный шовъ въ извѣстныхъ случаяхъ даетъ заживленіе первымъ натяженіемъ, но слѣдуетъ ли прибѣгать къ нему всегда, вопросъ. Въ этомъ отношеніи нужны еще дальнѣйшія наблюденія; все же при настоящемъ положеніи вопроса о пузырномъ швѣ можно сказать: «dass in allen den Fällen, in denem der Harn noch klar, resp. nur geringer Katarrh vorliegt, die Naht, wen gewünscht, versucht werden kann, zumal bei Kindern, während überall dort, wo der Harn sehr trübe, alkalisch und zersetzt, somit auch die Textur der Blasenwand verändert und secundäre Nierenerkrankung zû fürchten ist, von der Drainage der Blase, am Besten mit folgender offener Wundbehandlung, ein sichererer Erfolg zu erwarten steht» (стр. 503—504).

Geza v. Antal [130]) съ цѣлью улучшить пузырный шовъ предложилъ новую модификацію шва, въ основу которой положенъ тотъ методъ, чтобы сдѣлать края пузырной раны въ 2—3 раза шире обыкновеннаго. Для этого онъ совѣтуетъ поступать слѣдующимъ образомъ: по обнаженіи стѣнки прузыря, въ передней его части дѣлается овальный разрѣзъ, длинникъ котораго идетъ паралельно оси тѣла и соотвѣтственно величинѣ камня или опухоли; далѣе разрѣзы идутъ косвенно черезъ мышечный слой и слизистую оболочку пузыря. Такимъ образомъ ранка имѣетъ видъ плоской воронки, самый же методъ наложенія этого шва совершенно тотъ же, что практикуется при оживленіи краевъ пузырно-влагалищныхъ свищей (*Simon*, *Hegar*); швы накладываются черезъ наружный и мышечный слои пузыря, не захватывая слизистую оболочку. Въ 2-хъ случ. sectionis altae шовъ этотъ далъ заживленіе пузырной раны per primam.

Д-ръ *Краицфельдъ*, съ работой котораго мы уже отчасти знакомы, взялъ на себя трудъ прослѣдить судьбу шва, наложеннаго на пузырь, лишенный своего брюшиннаго покрова. Почтенный авторъ, очевидно, хотѣлъ свои изслѣдованія поставить какъ можно ближе къ тѣмъ условіямъ, какія мы имѣемъ при эпицистотоміи; не подлежитъ сомнѣнію, что удача шва у собакъ объясняется пластическими свойствами брюшины, каковыхъ условій нѣтъ при операціи на пузырѣ человѣка. Къ сожалѣнію, опыты автора малочисленны (2), но

тѣмъ не менѣе имѣютъ нѣкоторое значеніе для вопроса о пузырномъ швѣ при высокомъ камнесѣченіи.

Въ первомъ опытѣ, послѣ отдѣленія у собаки брюшиннаго покрова пузыря, наложенъ этажный швовъ карболовой нитью: нижній—узловатый, безъ захватыванія слизистой оболочки, верхній—непрерывный. На 2 д. моча стала просачиваться черезъ зашитую брюшную рану; черезъ 4 недѣли собака убита и оказалось, что передняя стѣнка пузыря плотно срощена съ сальникомъ и брюшной стѣнкой; петли швовъ остались въ стѣнкахъ пузыря, рана которой срослась на всемъ протяженіи. Въ послѣднемъ опытѣ, желая еще болѣе гарантировать шовъ отъ вліянія брюшиннаго покрова пузыря, авторъ наложилъ поверхъ зашитой тѣмъ же этажнымъ швомъ раны пузыря полоску протектива, которую и пришилъ къ передней поверхности пузыря; черезъ 5 д. собака околѣла; вскрытіе показало: никакихъ слѣдовъ перитонита; гнойное пропитываніе въ нижней части брюшной стѣнки, доходящее до бедеръ. Протективъ и непрерывной шовъ остались на мѣстѣ. «Съ лѣвой его стороны видно, съ неправильными краями, отверстіе въ пузырѣ, у самого шва. Когда шовъ былъ снятъ, то поверхности между ними оказались очень слабо слипшимися и тотчасъ же разошлись. Глубокій шовъ также оказался на мѣстѣ. Тутъ тоже видно, что отверстіе помѣщалось сбоку, у самого шва. На мѣстѣ глубокаго шва все пространство оказалось сросшимся. Изъ этихъ двухъ опытовъ я могъ сдѣлать слѣдующіе выводы. Отверстіе въ пузырѣ получалось на разрывѣ мышцъ, лишенныхъ брюшиннаго покрова; онѣ разорвались тамъ, гдѣ прошла нитка. Интереснѣе другой выводъ, что поверхности, лишенныя брюшины, не срослись вовсе,—это имѣетъ значеніе для вопроса о швѣ при sectionis altae» (l. c., стр. 374).

Д-ръ *Мининъ*, какъ мы уже видѣли выше, собралъ изъ литературы, начиная *Bruns'омъ* и включая свой случай, 46 операцій sectionis altae съ наложеніемъ шва на пузырь; изъ нихъ выздоровѣло 39, умерло 7. Исключивъ изъ послѣдняго числа 4 случая, гдѣ смерть не была въ зависимости отъ операціи и инфильтраціи мочею, а отъ постороннихъ причинъ, мы получимъ на 39 выздоровленій 3 летальныхъ исхода, то есть % смертности=7,8. Если же мы сопоставимъ этой цифрѣ цифру *Tuffier*, гдѣ % смертности отъ мочевой инфильтраціи=34, то примѣненіе пузырнаго шва играетъ огромную роль въ судьбѣ оперированныхъ высокимъ сѣченіемъ (l. c., стр. 172).

Нѣсколько позже мы имѣемъ статистику д-ра *Эбермана*, который собралъ изъ литературы 53 операціи sectionis altae съ наложеніемъ шва на пузырь; въ 16 случ. достигнута prima intentio, въ 28-ми швы разошлись и 9 окончились летально. Смертельные исходы зависѣли отъ инфильтраціи мочею и гноемъ въ 5 случ., отъ перитонита—въ 2-хъ, отъ рожи въ 1 и отъ піэлита—въ 1 случ. Исключивъ изъ этого числа 1 случ., гдѣ летальный исходъ не имѣетъ связи съ операціей (erysipelas), мы получимъ % смертности=15,3. Такой большой % позволяетъ д-ру *Эберману* высказаться о пузырномъ швѣ, какъ методѣ не совсѣмъ вѣрномъ.

Болѣе подробно вопросъ о швѣ разобранъ въ интересной работѣ д-ра *Шмитцъ*. Имъ собрано изъ литературы 57 операцій высокаго камнесѣченія съ наложеніемъ шва на пузырь; изъ этого числа авторъ исключаетъ 2 сл. *Lister'a*, такъ какъ исходъ ихъ неизвѣстенъ. Изъ оставшихся 55: выздоровѣло 47, умерло 8; % смертности= 14,5. Если отдѣлить взрослыхъ отъ дѣтей, то у первыхъ: на 25 операцій наблюдалось 6 летальныхъ исходовъ (% смертн. 24), у вторыхъ: на 30 операцій—2 смерти (% смертн. 6,7). Слѣдуетъ отмѣтить, что въ двухъ случаяхъ смертельный исходъ не зависѣлъ отъ операціи (erysipelas, pyelitis); кромѣ того въ 1 случ. причина смерти сомнительна, такъ какъ вскрытіе не было сдѣлано.

Заживленіе per primam наблюдалось въ 17 случ.: 4 раза у взрослыхъ (16%) и 13 разъ у дѣтей (43%). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ примѣнялся катетръ á demeure, получено 8 разъ заживленіе per primam; шовъ разошелся 15 разъ. Изъ оперированныхъ, которымъ примѣненъ былъ катетръ à demeure, умеръ 1; у этого оперированнаго катетръ лежалъ только 1 день. Только въ 13 случ. катетръ не употреблялся или тотчасъ же былъ удаляемъ; изъ этихъ случ. въ 3 получена prima.

Что касается до матеріала шва, то 20 разъ примѣненъ шелкъ (10 разъ—prima), 23 раза—кэтгутъ (4 раза—prima), 2 раза—проволока; успѣхъ въ обоихъ случаяхъ. Такимъ образомъ шелкъ, повидимому, заслуживаетъ предпочненіе передъ быстро разсасывающимся кэтгутомъ.

Расхожденіе шва наблюдалось ча 3, 5, 6 д., дважды на 9 и однажды, въ случаѣ д-ра *Макавѣева*, на 10 д. (l. c., стр. 456—463).

Заканчивая этотъ отдѣлъ своей работы, авторъ совѣтуетъ пользоваться швомъ д-ра *Тилинга*.

Мы уже видѣли раньше, что д-ръ *Тилингъ* въ одной изъ своихъ операцій примѣнилъ этажный шовъ, накладывая на рану пузыря сперва обыкновенный узловатый шовъ по *Максимову*, а затѣмъ поверхъ его другой—непрерывный. Этотъ послѣдній долженъ захватывать половину толщи мышечнаго слоя пузыря, начинаться нѣсколько выше и оканчиваться ниже узловатаго. Не подлежитъ сомнѣнію, что пузырь, органъ весьма обильный сосудами, способенъ къ заживленію первымъ натяженіемъ, но для этого необходимое условіе: дать пузырю покой на нѣсколько дней. Катетръ á demeure, одинъ, не обезпечиваетъ этого покоя; онъ часто закупоривается, дѣлается непроходимымъ, наконецъ, просто не переносится больнымъ. Шовъ по способу автора обезпечиваетъ нужный покой не только самой ранѣ пузыря, но и передней поверхности пузыря на довольно большомъ протяженіи. Свой способъ *Тилингъ* примѣнилъ съ успѣхомъ въ 2-хъ случаяхъ; мы увидимъ ниже, что съ такимъ же успѣхомъ онъ примѣнялся и другими хирургами.

Въ томъ же году д-ръ *Brenner* [131]), ассистентъ проф. *Billroth'a* предложилъ особый шовъ пузыря—кисетный. Онъ заключается въ слѣдующемъ: дойдя до пузыря, дѣлаютъ послойные разрѣзы до слизистой оболочки; захвативъ анатомическимъ пинцетомъ слизистую оболочку, на небольшомъ пространствѣ отдѣляютъ ее отъ мускульнаго слоя и кладутъ на 2—3 мм. отъ краевъ и на 4 мм. отъ угловъ раны шовъ одной шелковой нитью черезъ подслизистую ткань, не захватывая, конечно, слизистой оболочки. Такимъ же образомъ кладется второй шовъ на мускульный слой пузыря, послѣ чего обѣ нити затягиваются и рана закрывается на подобіе затянутаго кисета (стр- 38—39).

Опыты на собакахъ (7) показали, что такой кисетный шовъ даетъ хорошіе результаты; проба-же шва посредствомъ наливанія пузыря водой показала, что такой шовъ держитъ хорошо, лучше чѣмъ узловатый, скорняжный; даже лучше шва *Тилинга*, который совершеннѣе двухъ первыхъ. Преимущества шва тѣ, что при немъ рана можетъ быстро зарубцеваться, такъ какъ раненая поверхность мала, рубецъ получается толстый и плотный; кромѣ того при этомъ швѣ въ глубину опускается лишь два коротенькихъ шелковыхъ шва.

На 2 съѣздѣ Русскихъ Врачей проф. *Склифосовскій* въ своемъ докладѣ о высокомъ камнесѣченіи предложилъ новый шовъ пузыря. Модификація эта заключается въ слѣдующемъ: разрѣзъ пузыря дѣ-

лается послойно. При такомъ разрѣзѣ получается гладкая поверхность раны; на днѣ раны просвѣчиваетъ темноватая, растянутая слизистая оболоча пузыря. Повврхность разрѣза вполнѣ достаточна для наложенія шва. Слѣдуетъ шить, не захватывая слизистой оболочки; накладывается два ряда швовъ. «Первый рядъ состоитъ изъ стежковъ, вкалываемыхъ и выкалываемыхъ на ранной поверхности съ каждой стороны, второй—изъ стежковъ, накладываемыхъ такъ: слѣва вкалывается игла черезъ наружную поверхность стѣнки пузыря, а выкалывается на ранной поверхности, справа—вкалывается на ранной поверхности, а выкалывается на наружлой поверхности стѣнки пузыря. Накладывая такія швы въ перемежку, на $^1/_2$ сант. одинъ отъ другаго, мы можемъ получить герметическое закрытіе пузыря. Можно прибавить еще 2 или 3 ослабляющіе шва,—это третій рядъ швовъ. Послѣдніе вкалываются и выкалываются на 1 сант. отъ края раны. Они тоже должны быть заложены только въ толщѣ стѣнки пузыря. При такомъ способѣ сшиванія можно разсчитывать на срощеніе раны первымъ натяженіемъ» (стр. 225)- Послѣ операціи катетръ à demeure; у дѣтей, ради этого, прихсдится иногда связывать имъ руки и ноги; катетръ оставляется на два, три дня. Какъ видно, предлагаемый профессоромъ швовъ есть—двухъэтажный кишечный шовъ *Czerny*.

Въ 1888 г. д-ръ *Недзведзкій* [132]) предложилъ новый пузырный шовъ, накладываемый нитью, имѣющей на каждомъ изъ концовъ по иголкѣ. Мотивы, заставившіе автора предложить новый шовъ, заключаются въ томъ, что по его мнѣнію ни одинъ изъ практиковавшихся раньше не удовлетверяетъ своему назначенію. Отъ шва мы должны требовать: *a*) герметизма, *b*) непрерывности и того, чтобы по сокращеніи пузыря, длина нити, взятая для наложенія шва, могла быть укорочена. Ни узловатый, ни скорняжный шовъ не удовлетворяютъ ни одному изъ этихъ требованій.

Предлагаемый авторомъ шовъ весьма сложенъ, отчасти похожъ на шовъ *Brenner'a*, а отчасти—на шовъ *Gely*. Если однимъ изъ недостатковъ шва *Gely* считается возможность появленія гангрены при сильномъ затягиваніи шва, то при примѣненіи предлагаемаго шва опасность эта—еще больше. Шовъ настолько сложенъ, что не можетъ быть переданъ въ нѣсколькихъ словахъ; самому автору для описанія собственно техники наложенія шва потребовалось почти полторы печатныхъ страницы. Интересующихся этимъ швомъ отсылаемъ къ подробной работѣ, здѣсь-же скажемъ только слѣдующее:

насколько труденъ предлагаемый шовъ видно изъ тѣхъ предостереженій, которыя даетъ авторъ: «Нужно слѣдить: 1) за тѣмъ, чтобы продольный мышечный слой пузыря захватывать не паралельно ходу волоконъ, но наискось, потому что въ противномъ случаѣ шовъ можетъ легко прорѣзаться и 2) чтобы иголка одной стороны въ мѣстѣ будущаго перекреста нитей не прошла между составляющими другую нить волокнами; если это случится, то затягиваніе шва по окончаніи наложенія его произойдетъ не по всей длинѣ шва». (стр. 342).

Д-ръ *Недзведзкій* въ концѣ статьи полагаетъ, что его шовъ гораздо цѣлесообразнѣе узловатаго при леченіи пузырно-влагалищныхъ свищей и при сшиваніи раны матки послѣ кесарскаго сѣченія по *Sänger'у*. Къ сожалѣнію, смѣемъ думать, что шовъ автора останется лишь теоретическимъ и никогда не будетъ примѣненъ на практикѣ. Мы полагаемъ, что съ нами вполнѣ согласиться и авторъ, если испробуетъ свой шовъ на трупѣ, а не на вырѣзанномъ пузырѣ свиньи. При нашихъ изслѣдованіяхъ предложеннаго д-ромъ *Langenbuch*'омъ новаго разрѣза при эпицистотоміи, о чемъ скажемъ ниже, мы на трехъ трупахъ испробовали наложеніе предлагаемаго шва; во всѣхъ случаяхъ при выполненіи его встрѣтились такія трудности, что отъ окончанія шва мы должны были отказаться. Шовъ *Brenner'а* легче шва *Недзведзкаго*, хотя первый тоже весьма труденъ для выполненія.

Мысль воспользоваться пластическими свойствами брюшины съ цѣлью обезпеченія успѣха при наложеніи пузырнаго шва, впервые, какъ мы видѣли, высказанныя д-ромъ *Кранцфельдомъ*, а затѣмъ проф. *Склифосовскимъ*, нашла осуществленіе въ предложеніи *Rydygier'а* [133]): дѣлать высокое камнесѣченіе въ той части пузыря, которая покрыта брюшиной (sectio alta intraperitonealis). Послѣ многочисленныхъ опытовъ на животныхъ, авторъ произвелъ операцію по своему способу у 13-лѣт. мальчика съ большимъ камнемъ изъ фосфатовъ. Послѣ разрѣза брюшной стѣнки по linea alba, пузырь вынутъ, удержанъ какъ можно выше; удаленъ камень и наложенъ шовъ въ два ряда по способу *Czerny*. Шилъ авторъ скорняжнымъ швомъ, который имѣетъ то преимущество, что при наполненіи пузыря затягивается всего сильнѣе; шовъ начинался и кончался дальше угловъ раны, слизистая оболочка не захватывалась. При сшиваніи брюшины *Rydygier* совѣтуетъ захватывать вмѣстѣ съ нею и часть muscularis. Во избѣжаніе затека мочи во время операціи, пузырь былъ, какъ сказано выше, вынутъ и приподнятъ, кромѣ того онъ былъ отдѣленъ отъ полости брюшины іодоформной марлею; для боль-

шей же безопасности авторъ совѣтуетъ сшивать стѣнки пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. По окончаніи операціи вся рана брюшная сшита; катетръ à demeure. Случай окончился выздоровленіемъ. Предстоитъ-ли предлагаемому внутри-брюшинному методу высокаго сѣченія какая либо будущность, рѣшитъ время. Мы, однако, твердо убѣждены, что удачный исходъ смѣлой попытки хирурга, не найдетъ себѣ подражателей, по мотивамъ—весьма понятнымъ.

Заканчивая нашъ небольшой очеркъ постепеннаго развитія вопроса о пузырномъ швѣ, мы должны упомянуть еще объ одной модификаціи его, предложенной проф. *Подрезомъ*. Она заключается въ томъ, что авторъ накладываетъ предварительные швы на мышечный слой пузыря, конечно, безъ захвата слизистой оболочки, еще въ то время когда пузырь не вскрытъ, растянутъ жидкостью. Швы, числомъ 3,5, передаются помощнику, который, удерживая незавязанныя петли шва, фиксируетъ ими переднюю стѣнку пузыря. Наложивъ эти предварительные швы, операція оканчивается обыкновеннымъ образомъ; швы затягиваются, въ промежуткахъ между ними кладется еще по два шва на muscularis, а вторымъ швомъ соединяется клѣтчатка; 3 этажъ предназначенъ для замыканія раны брюшной стѣнки. По словамъ автора «на живомъ этотъ способъ примѣнялся 8 разъ и только въ одномъ не имѣлъ успѣха, вслѣдствіе технической ошибки при операціи» (стр. 477).—Какъ мы уже упомянули выше, это предложеніе есть весьма небольшое видоизмѣненіе шва *Bouley*.

Изъ всего сказаннаго видно, что вопросъ о пузырномъ швѣ разработанъ довольно подробно. Несомнѣненъ тотъ фактъ, что при наложеніи шва на пузырѣ возможна prima intentio, черезъ что укорачивается время, необходимое для выздоровленія послѣ операціи, не говоря уже о томъ, что, получивъ герметическое закрытіе раны пузыря, мы вполнѣ гарантированы отъ мочевой инфильтраціи.

Однако, какъ намъ кажется, вопросъ о пузырномъ швѣ и теперь еще не можетъ считаться рѣшеннымъ окончательно. Безспорно, въ наше время онъ не имѣетъ такъ много противниковъ, какъ это было раньше (*Cheselden*, *Douglas*, *Mac Gill*, *Frère Côme*, *Belmas*, *Velpeau*, *Amussat* и др.), когда техника шва не была еще выработана, и хотя мало по малу шовъ пузыря завоевываетъ свое мѣсто, но и въ наши дни есть много хирурговъ, которые не примѣняютъ и противъ шва (*Guyon*, *Dittel*, *Trendelenbury*, *Perrier*, *Tuffier*. *Thompson*; у насъ проф. *Богдановскій* и др.).

Если мы дадимъ себѣ трудъ вывести среднее изъ всѣхъ напад-

ковъ противниковъ шва, то намъ станетъ яснымъ, что главнымъ образомъ ихъ строгій приговоръ касается 2 хъ пунктовъ, а именно: 1) швовъ не всегда удается, а слѣдовательно не ведетъ къ цѣли и можетъ быть причиной мочевой инфильтраціи и 2) наложеніе шва въ иныхъ случаяхъ невозможно, въ большинствѣ — крайне трудно. Обвиненія эти весьма вѣски, а потому и сознаются защитниками шва, доказательствомъ чего служитъ та масса швовъ, которая, какъ мы видѣли, предложена для закрытія раны пузыря. Повидимому, защитники шва, опираясь на удачные опыты на животныхъ, которые такъ удачны въ силу своихъ анатомическихъ особенностей, а потому уже одному, не могутъ быть всецѣло перенесены на человѣка, видятъ въ неудачѣ шва только одно—несовершенство предложенныхъ методовъ шить рану; отсюда разные виды шва, подчасъ остроумные и весьма заманчивые, но, къ сожалѣнію, въ большинствѣ непримѣнимые на практикѣ.

Только что сказанное всего краснорѣчивѣе подтверждается работой *Rydygier'a*, который, желая обезпечить успѣхъ шва, предложилъ внутри-брюшинный способъ операціи. Авторъ примѣнилъ свой способъ на человѣкѣ и былъ такъ счастливъ, что получилъ успѣхъ. Намъ кажется въ вопросѣ о швѣ пузыря дальше этого идти нельзя и, конечно, предлагаемый шовъ никогда не будетъ имѣть успѣха, такъ какъ одна смѣлость, только отчасти подкрѣпленная научными основаніями, не можетъ быть оправдываема и быть залогомъ успѣха.

Мы говоримъ «только отчасти», имѣя въ виду поставить вопросъ, на который защитники пузырнаго шва не такъ подробно даютъ отвѣтъ, какъ на все остальное. Извѣстно ли имъ съ положительностью: при какихъ условіяхъ удается шовъ пузыря, или, что еще точнѣе, извѣстно ли имъ: какіе пузыри способны заживать первымъ затяженіемъ?

По нашему убѣжденію, весь вопросъ о примѣненіи пузырнаго шва заключается не въ одной только разработкѣ деталей: какъ шить, чѣмъ шить, но, главнымъ образомъ, въ установленіи строгихъ показаній для каждаго отдѣльнаго случая. Конечно, несправедливо было-бы отвергать заслуги авторовъ, потрудившихся надъ выясненіемъ того, что слѣдуетъ шить, не захватывая слизистой оболочки, такимъ-то швомъ, матеріаломъ, иглами и проч.; мы далеки отъ этого. Всѣ эти работы имѣютъ свое значеніе и принесли высокому камнесѣченію не мало пользы, но дальнѣйшая разработка шва только въ одномъ этомъ направленіи не можетъ способствовать выясненію во-

проса такъ, какъ онъ этого заслуживаетъ. Предложеніе всевозможныхъ швовъ, съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе трудныхъ, въ чемъ полагаемъ мы убѣдились выше, можетъ только послужить во вредъ операціи. Техническое выполненіе шва дѣлается все труднѣе и труднѣе, репутація его страдаетъ; случаи примѣненія шва могутъ сдѣлаться все рѣже и рѣже, а операція и сами оперированные отъ этого не въ выигрышѣ; между тѣмъ швовъ пузыря есть одно изъ главныхъ преимуществъ высокаго сѣченія. Отнимите швовъ у операціи, признайте его непригоднымъ, отнимется отъ операціи самое главное; высокій разрѣзъ будетъ имѣть еще много преимуществъ передъ другими методами камнесѣченія, но все же главнаго уже не будетъ.

Вотъ почему разработка вопроса, намѣченнаго выше, должна быть предпринята защитниками высокаго камнесѣченія. Но какъ подойти къ рѣшенію этого вопроса? Экспериментальная разработка— немыслима, такъ какъ, если бы намъ, тѣмъ или другимъ путемъ, и удалось вызвать у животныхъ картину пораженія пузыря, обыкновенно наблюдаемую при различныхъ степеняхъ каменной болѣзни, то и тогда неравенство анатомическихъ условій при выполненіи операціи съ примѣненіемъ пузырнаго шва, не позволяетъ намъ перенести прямо на человѣка тѣ или другіе полученные результаты.

Рѣшенъ этотъ вопросъ можетъ быть только путемъ статистическимъ. Оцѣнка случаевъ наложенія шва при обозначеніи того или другаго состоянія мочи, пузыря, возраста, продолжительности болѣзни, состава и вѣса камня, можетъ показать намъ, когда мы чаще всего получаемъ первое натяженіе, а отсюда вопросъ: когда можно получить заживленіе per. primam intent., и когда слѣдуетъ класть швовъ, приблизится къ своему рѣшенію.

Предлагаемая ниже таблица составлена по только что высказанной программѣ. При этомъ мы должны сказать, что въ собранномъ нами матеріалѣ швовъ примѣнялся двоякимъ образомъ: 1) *полный швовъ пузыря*, гдѣ вся рана сшивалась наглухо и 2) *неполный, частичный*, гдѣ рана сшивалась только по угламъ, оставляя часть свободную для проведенія дренажа. Въ таблицу вошли только первые случаи и притомъ исключительно антисептическаго періода.

ТАБЛИЦА VI.

Случаи высокаго камнесѣченія антисептическаго періода съ наложеніемъ полнаго пузырнаго шва.

№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больнаго.	Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (Распред. на V гр.)	Составъ камня.	Размѣръ камня въ сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Какой шовъ: Шовъ Максимова.	Шовъ Лемберта.	Шовъ Жили.	Шовъ Тилинга.	Шовъ Подреза.	Два ряда узловатаго шва.	Два ряда скор-
1	Женщ.-вр. Никольская.	28		III		6×5×3	2 камн. 104.0	1						
2	Проф. Зальцманъ.	14			Фосфатъ.		11,5	1						
3	Лингенъ.	12	6	I			2 камн.		1					
4	Ящинскій.	30	3½	I	Уратъ.	5×5	9,5	1						
5	Мининъ.	27	25	I	Щавелев.	3×2,5×2		1						
6	Проф. Монастырскій.	60		III							1			
7	»	22		I							1			
8	Войно.	8		I	Уратъ.	2	26,5	1						
9	»	3		I	Уратъ.	2,5	11,0	1						
10	Мультановскій	27	6	II	Урофосф.	3×2	10,0	1						
11	Леви.	8		I			Мален.	1						
12	Тилингъ.	7	3	I			8,0	1						
13	»	22	20	IV			48,5	1						
14	»	38	съ дѣтст.	III		6×7	2 камн. 78,5	1						
15	»	30	съ дѣтст.	II			44,8				1			
16	»	49	2	III			15,5				1			
17	Рейеръ.	9	½	I			Съ голубиное яйцо.	1						
18	Герасимовичъ	5	1	I	Уратъ.		Съ каштанъ	1						
19	»	24	съ дѣтст.	II	Уратъ.	6×5,3×4,2	124,0	1						
20	»	3	½	I	Уратъ.	1,8×1,5×1,2		1						

ѣненъ.		Катетръ à demeure.	Чѣмъ налож. швовъ.		Послѣопераціонный періодъ.	Исходъ шва.		Исходъ операціи		Примѣчанія.
Три ряда узловатаго шва.	Узловат. и 3 ряда по Ламберту.		Кэтгутъ.	Шелкъ.		Prima intent.	Шовъ разошелся на такой-то д.	Выздоровѣлъ на такой-то день.	Умеръ на так.-то день.	
		1	1						3	*Вскрытія не было.*
			1					?		Неизв. на кот. д.
		1		1	Значит. лихорадка; на 3 день angina tonsillaris, erysipelas.		7		10	*Смерть отъ erysipelas. Вскр. не было.*
		1		1	Почти безъ лихорадки; abscestus penis.		5	20		
		1		1	Значительная лихорадка; на 6 день при мочеиспусканіи вышло per urethram 2 шва съ узелками.		6	16		
		1		1		1		?		Неизвѣстно на который день.
		1		1			6	?		
		1	1		Значительная лихорадка съ 3 дня. На 8 день, на днѣ раны, которая гранулируетъ, лежитъ кусокъ некротизированной ткани, который заключаетъ швы, несомнѣнно пузыря.		5	40		
		1	1		Безъ лихорадки.	1		18		
		1		1	Значит. лихорадка; на 6 д. выскочилъ катетръ.		6	33		
		1	1		Почти безъ лихорадки.		3	?		Неизв. на кот. д.
		1		1	Безъ лихорадки.	1		18		
		1		1	Затяжное теченіе. Швы брюшной стѣнки разошлись; заживленіе путемъ грануляцій. Свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрывался.		6	71		Черезъ 2 г. рубецъ настолько растянулся, что пуз. выпяч. какъ грыжа, величиною въ полъ яблока; не причиняетъ никакихъ безпокойствъ.
		1		1	Затяжное теченіе; сильныя боли въ правой почечной области. Свищевой ходъ не закрылся.		7	68		*Выписанъ со свищемъ.*
		1		1	Безъ лихорадки.	1		20		
		1		1	Безъ лихорадки.	1		21		
		1	1		Затяжное теченіе. На 3 д. моча просочилась въ повязку; *рана расшита, швы пузыря удалены*; дренажъ. Свищев. ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрыв.		3	200		
		1	1						2	*Вскрытіе.* Брюш. не повреж. общ. periton. Пузырн. рана хор. склеил.
		1	1		Затяжное теченіе отъ обострившагося катарра пузыря.		6	88		
		—	1		Безъ лихорадки.		1	20		*Катетръ не вставлялся.*

№№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больнаго.	Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (Распред. на V гр.)	Составъ камня.	Размѣръ камня ва сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Какой шов: Шовъ Максимова.	Шовъ Лемберта.	Шовъ Жили.	Шовъ Тилинга.	Шовъ Подреза	Два ряда узловатаго шва.	Два рядо скор-
21	»	23	2	Ш	Урофосф.	5,5×4×3,5	64,0	1						
22	Чеботаревъ.	6	2	П	Фосфатъ.		12,0	1						
23	Проф. Склифосовскій.	19	15	Ш	Фосфат. + щавелев.	7×4×5								
24	»	22	17	Ш	Уратъ.	3×2	8,1							1
25	»	20	16	I	Щавел. + мочекисл.	3×1								
26	»	28	8—10	I		8×2,5	119,0							
27	Проф. Подрезъ	4	$1^1/_2$	I		2×1,5	2 кам.	не	из	вѣ	ст	но		
28 до 36	»	не	извѣст	но		неизвѣст	но					8		
36	Макавѣевъ.	22	$1^1/_2$	П	Уратъ.		Съ куриное яйцо.	1						
37	»	35	1	I	Уратъ.	2×1,5×1	2,17						1	
38	Трояновъ.	45		I	Урофосф.	7,2×6×4,5	149,0	1						
39	»	26		V		Ядро 4×3,5×3	Ядро 41,5	1						

…ѣненъ.		Катетръ à demeure.	Чѣмъ налож. шовъ.		Послѣопераціонный періодъ.	Исходъ шва.		Исходъ операціи		Примѣчанія.
…ряда узлова-таго шва.	Узловат. и 3 ряда по Лемберту.		Кэтгутъ.	Шелкъ.		Prima intent.	Шовъ разошелся на такой то д.	Выздоровѣлъ на такой то день.	Умеръ на такой то день.	
		1		1	Затяжное теченіе отъ сильно обострившагося катарра пузыря.		1	60		
		1	1		Безъ лихорадки.		3	27		
	1	1	1				10	?		Неизвѣстно на какой день.
		1	1		Значительная лихорадка.		6	33		
		1	1		Безъ лихорадки.		11	?		Неизв. на как. д.
1		1	1+	1	Безъ лихорадки.		10	?		Тоже. *Черезъ 7 мѣс. надъ лобкомъ иногда капля кровянистой жидкости*, вѣроятно отъ присутствія (*шелковой*) нити въ глубинѣ подъ рубцомъ. *Склифосовскій.*
		1	неиз	вв	Безъ лихорадки.	1		12		
		8	неиз	зв		7		?		Неизв. на как. д.
		1	1		Почти безъ лихорадки.		11	45		
		1		1	Безъ лихорадки.	1		25		
		1		1	Затяжное теченіе. Первые 4 д. т-ра до 38, разъ 39, затѣмъ нормальна. Рѣзко выраженный катарръ пузыря, такъ что черезъ несшитую, затампонированную рану брюшной стѣнки идетъ моча съ хлопьями и мочевымъ пескомъ. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны. *Черезъ 70 дней, черезъ свищевой ходъ вышелъ шелковый шовъ*; быстрое и полное выздоровленіе.		5	96		
		1		1	Затяжное теченіе при нормальной температурѣ. Сильный катарръ пузыря. Свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны не закрылся.		2	91		*Выписанъ съ тонкимъ свищемъ.*

№№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больнаго.	Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (*Распред. на V гр.*)	Составъ камня.	Размѣръ камня въ сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Какой шовъ: *Шовъ Максимова*	*Шовъ Ламберта.*	*Шовъ Жили.*	*Шовъ Тилинга.*	*Шовъ Подреза.*	*Два ряда узловатаго шва.*	*Два ряда скорняжнаго шва.*
40	Зеленковъ.	28	10	I	Урофосф.	5×4×3	64,0						1	
41	Цейдлеръ.	21	съ дѣтст.	I		1,7×1,5×1	4,0						1	
42	Орловскій.	64	2	III	Мочек.+ щавелев.		2 камн.			1				
43	Шмитцъ.	4	$3^1/_2$	II		1,3×1,2×0,9	1,1				1			
44	»	5	$1^1/_2$	II	Фосфатъ.	3×2,8×2,5	14.0				1			
45	Грубертъ.	4	2	II	Урофосф.	3,5×2,7×1,9					1			
46	»	7	3	III	Уратъ.	1,2×1,4×2					1			
47	Иришкъ.	2	1	I	Фосфатъ.		5,5				1			
48	»	$3\frac{1}{2}$	$1^1/_2$	I	Урофосф.	2×2,5×2	9,5	1						
49	»	12	нѣск. л.	I	Оксалятъ.	1,5×1,5×1	3.0				1			
50	»	8	$2^1/_2$	I	Оксалятъ.		0,2	1						
51	»	10	2	I	Оксалятъ.	1×1×1,5	1,2				1			
52	»	6	2	I	Урофосф.	раздробленъ.	11.0	1						
53	»	5	$1^1/_2$	I	Оксалятъ.	1×1,8×1	2,0	1						
54	»	4	2	I	Уратъ.	3×3,3×1,8	20,0	1						
55	»	$3\frac{1}{2}$	3	I	Фосфатъ.	2,2×1,8×0,8	4,0	1						
56	»	7	2	I	Уратъ.	2,2×1,8×1	3,0	1						
57	»	4	2	I	Фосфатъ.	раздробленъ.	7,0				1			
58	»	$3\frac{1}{2}$	1	I	Уратъ.	1,5×1,5×0,7	2.0	1						

…ѣненъ.			Чѣмъ налож. шовъ.		Послѣопераціонный періодъ.	Исходъ шва.		Исходъ операціи		Примѣчанія.
Три ряда узловатаго шва.	*Узловат. и 3 ряда по Лемберту.*	Катетръ à demeure.	Кэтгутъ.	Шелкъ.		Prima intent.	Швъ разошелся на такой-то д.	Выздоровѣлъ на такой-то день.	Умеръ на такой-то день.	
		1		1	Затяжное теченіе. Первую недѣлю т-ра 39,5; затѣмъ нормальна. Сильный катарръ пузыря. Долго не закрывался свищевой ходъ. Онъ раскрытъ, вставленъ, дренажъ; быстрое и полное выздоровленіе.		7	68		
		1		1	Значительная лихорадка; боли въ поясничной области, epididymitis.	1		37		
		1		1	Затяжное теченіе вслѣдствіе долго незакрывавшагося свища.		5	56		*Выписанъ со свищемъ.*
			1		Безъ лихорадки.		3	24		*Катетръ не вставлялся.*
			1		Безъ лихорадки.		1	20		*Катетръ не вставлялся.*
		1		1	Почти безъ лихорадки.	1		30		*Черезъ $10^1/_2$ м. вышли черезъ уретру шелковые швы съ инкруст. мочекисл. солей.*
		1		1	Затяжное теченіе и значительная лихорадка. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны.		5	46		
		1	1		Значительная лихорадка.		3		4	Peritonitis (?). *Вскрытія не б.*
		1	1		Почти безъ лихорадки.				3	*Вскрытіе.* Ничего кромѣ жироваго перерожденія сердца.
		1	1		Почти безъ лихорадки.	1		12		
		1	1		Затяжное теченіе отъ pneumon. catar.	1		60		
		1	1		Почти безъ лихорадки.	1		12		
		1	1		Значительная лихорадка; боли въ поясничной области, уретритъ		?	?		Неуказано на который д. выпис.
		1	1		Почти безъ лихорадки.		14	21		
		1	1		Значительная лихорадка.	1			8	*Вскрытіе.* Pyelonephritis dupl. Рана пузыря хорошо склеилась; *кэтгутъ не всас.*
		1	1		Безъ лихорадки.		5	20		
		1	1		Безъ лихорадки.	1		12		
		1	1		Почти безъ лихорадки; уретритъ.		2	30		
		1	1		Безъ лихорадки.	1		12		

№№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больнаго.	Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (*Распред. на V гр.*)	Составъ камня.	Размѣръ камня въ сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Какой шовъ						
								Шовъ Максимова	*Шовъ Лемберта.*	*Шовъ Жили.*	*Шовъ Тилинга.*	*Шовъ Подреза.*	*Два ряда узловатаго шва.*	*Два ряда скорняжнаго шва.*
59	»	4	3	I	Уратъ.	3×2,5×1,7	5,0				1			
60	»	4¼	9 мѣс.	I	Уратъ.	0,5×0,8×0,3	0,5	1						
61	»	7	1	I	Фосфатъ.	Раздробл.	15,0	1						
62	»	4	1 мѣс.	I	Фосфатъ.	2,2×2×1	5,2	1						
63	»	6	1	I	Уратъ.	2,3×1,8×1,5	4,0				1			
64	»	10		II	Урофосф.	5,2×3×2	43,0	1						
65	»	10½	10 мѣс.	I	Фосфатъ.	2,2×2×2,2	10,2	1						
66	»	3	1	I	Уратъ.	2 камня.	3,5	1						
67	Ассмутъ.	46		III							1			
68	Барциковскій.	15	3	I	Уратъ.		24,0	1						
69	»	12	3	III	Уратъ.		8,0	1						

…римѣненъ.			Катетръ à demeure.	Чѣмъ налож. шовъ.		Послѣоперационный періодъ.	Исходъ шва.		Исходъ операціи		Примѣчанія.
поверхност узл.	*Три ряда узловатаго шва.*	*Узловат. и 3 ряда по Ламберту.*		Кэтгутъ.	Шелкъ.		Prima intent.	Шовъ разошелся на такой-то день.	Выздоровѣлъ на такой-то день.	Умеръ на такой-то день.	
			1	1		Почти безъ лихорадки; уретритъ.		7	13		
			1	1		Значительная лихорадка.	1		17		
			1	1		Безъ лихорадки; уретритъ.		2	13		
			1	1		Незначительная лихорадка.		3	20		
			1	1		Безъ лихорадки; уретритъ.		2	16		
			1	1		Значительная лихорадка; уретритъ.		2	30		
			1	1		Незначительная лихорадка; уретритъ.		3	18		
			1	1		Значительная лихорадка въ зависимости отъ varicella. Abcessus penis.		7	45		
			1		1	Значительная лихорадка въ зависимости отъ сильнаго катарра пузыря.		7	39		*Черезъ 7 мѣс. per urethram вышелъ шелковый узелъ шва съ мочевыми инкрустаціями.*
			1	1		Безъ лихорадки.	1		19		
			1	1		Безъ лихорадки. На 4 д. разошелся шовъ: *мочевая инфильтрація всей мошонки*; черезъ мѣсяцъ pneum. crouposa, которая не разрѣшилась.		4		30	*Pneumonia crouposa.*

Таблица VI указываетъ намъ, что на всѣ 427 случ. высокаго камнесѣченія антисептическаго періода полный шовъ пузыря былъ примѣненъ 69 разъ (16,1%); заживленіе per primam получено въ 24 случ. (34,7%); шовъ не удался и заживленіе шло путемъ грануляцій въ 45 случ. (65,2%).

I группа.

38 случ.; выздоровѣло—33, умерло—5.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки . . .	13	Выздоровленіе наступило (въ средн.).	на 16,8 д.
b) Почти безъ лихорадки .	7		» 18 д.
c) Съ незнач. лихорадкой.	2		» 19 д.
d) Съ значит. лихорадкой.	6		» 31 д.
e) Съ затяжн. теченіемъ .	4		» 106 д.
f) Свѣдѣній нѣтъ . . .	1		

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) отхожденіе черезъ брюшную рану куска некротизированной ткани, который заключалъ швы, несомнѣнно пузыря—1, *b*) cystitis—2, *c*) abcessus penis—2, *d*) urethritis acuta—5, *e*) epididymitis—1, *f*) боли въ поясничной области—2, *g*) varicella—1, *h*) pneumonia catar.—1.

Причиной смерти были:

a) peritonitis—2, *b*) pyelonephritis—1, *c*) жировое перерожденіе сердца—1, *d*) erysipelas—1.

II группа.

9 случ.; выздоровѣли всѣ.

Послѣоперационный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки . . .	4	Выздоровленіе наступило (въ средн.)	на 22,7 д.
b) Почти безъ лихорадки .	2		» 37,5 д.
c) Съ значит. лихорадкой.	2		» 31,5 д.
d) Съ затяжн. теченіемъ .	1		» 88 д.

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія: *a*) cystitis—1, *b*) urethritis acuta—1.

III группа.

11 случ.; выздоровѣло—9, умерло—2.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки . . .	1		на 21 д.
b) Съ значит. лихорадкой.	2	Выздоровленіе на-	» 39,3 д.
c) Съ затяжн. теченіемъ .	4	ступило (въ средн.).	» 61,3 д.
d) Свѣдѣній нѣтъ . . .	2		

Въ послѣопераціонномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія: *a*) cystitis—2, *b*) боли въ поясничной области.

Изъ этой группы 2 выписаны со свищемъ на мѣстѣ брюшной раны (№№ 14, 42).

Причиной смерти были: *a*) pneumonia crouposa и *b*) свѣдѣній не имѣется (вскрытія не было).

Въ IV и V (2 случ.) получено выздоровленіе, но оно сопровождалось длительнымъ теченіемъ, вслѣдствіе долго незакрывавшихся свищевыхъ ходовъ на мѣстѣ брюшной раны. Одинъ изъ нихъ (V гр.) выписанъ на 91 д. послѣ операціи съ тонкимъ свищемъ на мѣстѣ брюшной раны.

Болѣе подробное разсмотрѣніе этихъ случаевъ намъ указываетъ 1) въ послѣопераціонномъ періодѣ наблюдались лишь только 2 такихъ осложненія (№№ 8 и 69), которыя мы можемъ назвать послѣдствіемъ мочевой инфильтраціи. Въ обоихъ случаяхъ швъ разошелся; одинъ выздоровѣлъ, другой умеръ отъ крупознаго воспаленія легкихъ. 2) Послѣопераціонный періодъ прошелъ почти въ 1/2 тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣются подробныя свѣдѣнія, безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, 10 разъ съ значительной лихорадкой, 10 разъ съ затяжнымъ теченіемъ и 3) умерло 7, что составляетъ 10, 1% смертности. Что касается до затяжнаго теченія, то оно зависѣло: 6 разъ отъ долго незакрывавшихся свищевыхъ ходовъ на мѣстѣ брюшной раны, 2 раза—отъ сильно обострившагося катарра пузыря, 2 раза—отъ сильно обострившагося катарра пузыря и долго незакрывавшагося свищеваго хода, 1 разъ—отъ присоединившагося катарральнаго воспаленія легкихъ и 1 разъ—причина не указана.

Далѣе, мы видимъ, что изъ всего числа операцій съ наложеніемъ пузырнаго шва только 11 разъ sectio alta произведена при плохой мочѣ, 2 раза при рецидивѣ и камнѣ простато-пузырномъ

9 разъ при сносной мочѣ и 38 разъ при почти нормальной мочѣ и умѣренномъ катаррѣ пузыря; въ 9 случ. свѣдѣній о мочѣ не имѣется.

Въ I группѣ prima intentio получено 13 разъ (34,2%) во II—2 раза (22,2%), въ III—2 раза (18,1%), въ IV и V—prima не получена ни разу.

Какъ уже было сказано выше, всѣхъ летальныхъ исходовъ наблюдалось 7. Исключивъ изъ этого числа 3 случая, гдѣ причина смерти не зависѣла отъ операціи (pneumonia crouposa, erysipelas и жировое перерожденіе сердца), мы получимъ всего 4 смертныхъ случая въ зависимости отъ операціи, что составитъ 5,8% смертности.

Изъ всего этого мы видимъ, что чаще пузырный шовъ накладывался при сравнительно-хорошей мочѣ и умѣренномъ пораженіи пузыря, рѣже—при обратныхъ условіяхъ. Это какъ разъ подтверждаетъ тотъ взглядъ хирурговъ на пузырный шовъ, по которому показанія къ его примѣненію ограничиваются лишь случаями съ хорошей мочей, указывающей на малую степень пораженія пузыря. Не будемъ скрывать, что раньше и мы придерживались того-же взгляда, казавшагося прочно установленнымъ *W. Meyer*'омъ и раздѣляемымъ большинствомъ хирурговъ практиковъ. Теперь намъ приходится измѣнить наше мнѣніе, такъ какъ только что приведенная таблица ясно указываетъ, что показанія для примѣненія пузырнаго шва должны быть расширены.

Въ самомъ дѣлѣ, мы имѣемъ 11 случ. III группы и по 1 случаю IV и V груп., гдѣ, не смотря на сильно измѣненную мочу, часто вонючую, съ обильнымъ осадкомъ слизи и гноя, былъ наложенъ пузырный шовъ.

Изъ этихъ 13 случ. получено 2 раза заживленіе первымъ натяженіемъ; выздоровѣло 11, умерло лишь 2. Исключивъ изъ нихъ одного, гдѣ причина смерти не имѣла никакой связи съ операціей (pneumonia crouposa), мы будемъ имѣть для этихъ 13 случ. % смертности равнымъ 7,7. Поистинѣ, для такихъ тяжелыхъ случаевъ результатъ поразительный! Какимъ же образомъ объяснить только что отмѣченный фактъ? Намъ кажется, что мы всего ближе подойдемъ къ его рѣшенію просмотрѣвъ исторію послѣопераціоннаго періода оперированныхъ съ летальнымъ исходомъ.

Оказывается, что въ этихъ случаяхъ шовъ разошелся и моча показалась въ ранѣ у одного: на 3-й д., у другаго на 4-й д.; относительно остальныхъ необходимыхъ свѣдѣній не имѣется. Въ случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, шовъ разошелся: на 1 д.—

3 раза (изъ нихъ въ 2 случ. катетръ à demeure не былъ примѣненъ, въ послѣднемъ нѣтъ свѣдѣній), на 2 д.—5 разъ, на 3 д.—5 разъ, на 5 д.—6 разъ, на 6 д.—6 разъ. на 7 д.—5 разъ, на 10 д.—2 раза; на 11 д.—2 раза и на 14 д.—1 разъ. Въ среднемъ шовъ держалъ 5,2 д.

Какъ видно, только у 3-хъ шовъ не могъ оказать никакого существеннаго вліянія на ходъ заживленія; у остальныхъ шовъ держалъ отъ 2-хъ до 14 д., въ среднемъ 5,2 д., т. е. время достаточное для того, чтобы организмъ успѣлъ защитить себя отъ мочевой инфильтраціи. Въ этотъ срокъ вліяніе травмы, нанесенной тканямъ во время операціи, успѣетъ пройти; перерѣзанныя и ушибленныя вены тромбируются болѣе или менѣе плотно, разорванная и ушибленная околопузырная клѣтчатка стремится къ заживленію и появляется грануляціонная ткань, которая служитъ надежной защитой организму отъ вліянія истекающей болѣзненно измѣненной мочи. Постепенное уменьшеніе реакціи въ глубинѣ раны, въ связи съ развитіемъ грануляціонной ткани, служитъ намъ достаточной гарантіей на успѣхъ, а этотъ успѣхъ, какъ мы видѣли, весьма значителенъ.

Разсматривая далѣе нашу таблицу, видно, что для наложенія шва кэтгутъ примѣненъ 39 разъ, prima получена 9 разъ (23,1%); шелковый шовъ наложенъ 21 разъ, prima получена въ 7 случ. (33,3%). Наичаще, слѣдовательно, матеріаломъ для шва служилъ кэтгутъ, а заживленіе per primam наичаще достигалось при шелкѣ.

Какому же матеріалу мы должны отдать преимущество: кэтгуту или шелку? Отвѣтъ казался не труднымъ, въ виду тѣхъ выводовъ, которые мы получили при разсмотрѣніи нашего матеріала. Но отвѣтъ на самомъ дѣлѣ не такъ легокъ, такъ какъ дѣло осложняется тѣмъ, что выводы пришлось дѣлать изъ сравненія неравнаго числа наблюденій (39 и 21); кромѣ того, совершенно неожиданно, приходится остановиться на впервые подмѣченномъ фактѣ *зависимости долго незакрывающихся свищей на мѣстѣ брюшной раны отъ присутствія въ глубинѣ раны шелковаго шва.*

Мы уже видѣли раньше изъ таблицъ *Bouley* и *Шмитца* и др., что предпочтеніе въ выборѣ матеріала для шва должно быть отдано шелку, такъ какъ при кэтгутѣ наирѣже получается заживленіе per primam; объяснялось это тѣмъ, что кэтгутъ разсасывается въ ранѣ весьма быстро, а слѣдовательно, и не выполнялъ своей роли. Съ этимъ, какъ намъ кажется, нельзя вполнѣ согласиться. Безспорно, судьба кэтгутоваго шва и шва шелковаго весьма различны; одинъ

рано или поздно разсасывается безслѣдно, другой остается весьм долгое время въ тканяхъ безъ особенно замѣтныхъ измѣненій. Для насъ въ настоящее время вопросъ о дальнѣйшей судьбѣ шва представляется несущественнымъ, важно же опредѣлить насколько прочно держитъ шовъ изъ того и другаго матеріала въ первое время послѣ операціи. Обращаясь къ таблицѣ, мы прежде всего видимъ: 1) что prima получена и при кэтгутѣ и при шелкѣ, а затѣмъ, 2) что въ случаяхъ неудачныхъ, гдѣ заживленіе наступало путемъ грануляцій, кэтгутовый шовъ расходился совершенно въ тѣже сроки, въ какіе переставалъ держать и шелковый. Этого сравненія вполнѣ достаточно, чтобы сказать, что выборъ матеріала не играетъ существеннаго значенія при наложеніи шва на пузырь, такъ какъ и кэтгутъ и шелкъ въ этомъ случаѣ достаточно прочны (вскрытіе № 54 показало, что черезъ 7 дней послѣ наложенія шва кэтгутъ еще не разсосался).—Однако такой выводъ былъ бы поспѣшенъ.

Выше мы упомянули, что при разсмотрѣніи собраннаго матеріала невольно обращаетъ на себя вниманіе: связь между долго не закрывающимися свищевыми ходами на мѣстѣ брюшной раны и шелковымъ швомъ. Посмотримъ, такъ ли это.

№ 13. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 14. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ не закрылся; оперированный выписанъ со свищемъ; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 38. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; закрылся какъ скоро черезъ него вышелъ шовъ; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 39. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ не закрылся; оперированный выписанъ со свищемъ; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 40. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 42. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; оперированный выписанъ со свищемъ; *шовъ пузыря наложенъ шолкомъ.*

№ 46. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; *шовъ пузыря наложенъ шолкомъ.*

Къ только что перечисленнымъ случаямъ не будетъ ошибкой отнести также и № 26, гдѣ черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операціи въ рубцѣ надъ лобкомъ показывается иногда капля сукровичной жидкости, вѣроятно *(Склифосовскій)* въ зависимости отъ шелковой нити, которой былъ наложенъ (поверхностный) третій шовъ пузыря.

Такимъ образомъ оказывается, что во всѣхъ случаяхъ долго не закрывающихся свищевыхъ ходовъ, а также и въ тѣхъ, гдѣ опе-

рированные выписаны со свищами, шовъ пузыря накладывался шелкомъ. Ничего подобнаго не замѣчено ни разу при кэтгутовомъ швѣ.

Если же мы припомнимъ тѣ случаи (№№ 5, 45 и 67) гдѣ черезъ 6 д. 7½ и 10 мѣс. черезъ уретру выходили шелковые швы неизмѣненные, кромѣ того въ 2-хъ послѣднихъ случ., послужившіе уже ядромъ для наслоенія мочевыхъ солей, то намъ думается, что предпочтеніе должно быть отдано кэтгуту. Съ кэтгутомъ ничего подобнаго произойти не можетъ; тѣмъ болѣе что мы можемъ придать кэтгуту большую прочность, обработавъ его ac. chromico по *Mikulicz* [131]).

Какимъ швомъ слѣдуетъ шить? Въ громадномъ большинствѣ случаевъ примѣнялся шовъ *Максимова* (36 разъ, prima въ 8 случ. (22,2%), вторымъ по частотѣ былъ шовъ *Тилинга* (15 случ. prima 6 разъ. 40%). Наилучшіе результаты далъ шовъ проф. *Подреза*: 8 случ.—7 разъ заживленіе per primam. Къ великому сожалѣнію, подробности этихъ случаевъ намъ остаются неизвѣстными; по независящимъ отъ насъ обстоятельствамъ достать желаемыхъ свѣдѣній намъ не удалось. Въ 2-хъ случ. примѣненъ этажный шовъ: два ряда по *Максимову;* въ обоихъ получена prima; всѣ остальные швы (см. таблицу) не дали успѣха. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что лучшимъ швомъ долженъ считаться шовъ *Подреза*. но такъ какъ намъ подробности операцій съ примѣненіемъ этого предварительнаго шва неизвѣстны, то пока окончательный выводъ о достоинствахъ шва не можетъ быть сдѣланъ. Вторыми должны считаться швы *Тилинга* и *Максимова;* предпочтеніе должно быть отдано шву *Тилинга;* онъ даетъ больше узловатаго покоя ранѣ пузыря, наиболѣе герметиченъ, что экспериментально доказано *Brenner'омъ*, и кромѣ того накладывается легче и скорѣе всѣхъ остальныхъ этажныхъ.

Всякіе другіе швы должны быть оставлены, какъ неудовлетворяющіе своему назначенію. Кстати припомнимъ здѣсь, что, согласно заявленію проф. *Bergmann'a*, шить слѣдуетъ обыкновенными круглыми иглами, а не хирургическими, такъ какъ эти послѣднія дѣлаютъ довольно значительные надрывы въ нѣжной ткани пузыря. Какъ мы уже видѣли, раньше *Bergmann'a* на это было указано *Знаменскимъ*.

Непремѣнную принадлежность пузырнаго шва составляетъ катетръ á demeure. Безъ него обойтись почти невозможно; изъ таблицы видно, что въ 3-хъ случаяхъ (№№ 20, 43, 44) катетръ не былъ примѣненъ и моча пошла черезъ рану: a) въ тотъ же день, b) черезъ день и c) на 3 день. Нерѣдко примѣненіе катетра вызывало уретритъ; оперированные. чаще дѣти, нерѣдко его не выносили.

Въ этихъ случаяхъ катетръ долженъ быть замѣненъ частой катетеризацiей. Катетръ, тамъ гдѣ онъ переносился, удалялся на 4—6 д., а гдѣ возможно держался и дольше. Вообще, чѣмъ дольше держать катетръ, тѣмъ лучше *).

Какъ влiялъ швовъ на послѣоперацiонное теченiе? Въ случаяхъ, гдѣ получено заживленiе per primam, полное выздоровленiе наступало въ среднемъ на 18,9 д.; тамъ, гдѣ швовъ не удавался (исключая затяжные случаи), выздоровленiе наступало на 28,1 д.; въ затяжныхъ случаяхъ выздоровленiе—на 82.7 д.; швовъ расходился, въ среднемъ, на 5,2 д.

Если мы сравнимъ только что полученныя цифры средняго срока выздоровленiя оперированныхъ съ наложеннымъ пузырнымъ швомъ съ среднимъ срокомъ выздоровленiя оперированныхъ, проведенныхъ подъ дренажемъ, то увидимъ, что разница въ пользу перваго метода не велика **). При пузырномъ швѣ срокъ выздоровленiя укорачивается, но не на много, такъ что въ этомъ отношенiи преимущества пузырнаго шва не велики. Преимущества эти выступаютъ рѣзко, если мы припомнимъ, что, какъ въ удачныхъ (prima intentio), такъ и неудачныхъ случаяхъ, выздоровленiе оперированныхъ шло безъ всякихъ осложненiй; швовъ наилучше всего гарантировалъ намъ успѣхъ операцiи.

Чтобы окончательно выяснить важное значенiе пузырнаго шва, этого надежнаго защитника нашихъ оперированныхъ отъ мочевыхъ затековъ, мы нѣсколько остановимся на случаяхъ, окончившихся летально и постараемся выяснить ихъ ближайшую причину смерти.

Изъ таблицы видно, что во всѣхъ 7 случ. причина смерти была: peritonitis—2 раза, pyelonephritis bilateralis—1, pneumonia crouposa—1, 1 разъ вскрытiе не указало ничего кромѣ жироваго перерожденiя сердца, 1 разъ erysipelas и въ 1 случаѣ причина смерти неизвѣстна. Изъ всего этого числа летальныхъ исходовъ мы должны выбросить 3 случая (erysipelas, pneumonia crouposa и жировое перерожденiе сердца), такъ какъ операцiя въ нихъ нисколько не повинна; остается слѣдовательно 2 случая peritonitis, 1 случай pyelo-

---

*) Какъ на довольно вѣрное средство, уменьшающее тягостное чувство присутствiя катетра á demeure, помимо антисептическаго примѣненiя инструмента, укажемъ на смазыванiе катетра мазью изъ кокаина. Обращаемъ вниманiе товарищей на это средство; личная, хотя и небольшая опытность, говоритъ въ пользу сказанной мази.

**) Только что сказанное, конечно, неотносится до тѣхъ случаевъ, гдѣ получено заживленiе per primam; въ случаяхъ удачи срокъ выздоровленiя укорачивается весьма значительно (въ среднемъ 18,9 д.).

nephritis bilateralis и 1 случ., гдѣ причина смерти не выяснена. Допустимъ, что и этотъ случай погибъ отъ перитонита (наичастая причина смерти), мы слѣдовательно будемъ имѣть дѣло почти съ однимъ только воспаленіемъ брюшины, которое и было ближайшей причиной смерти. Можно ли вывести какую либо зависимость между швомъ и перитонитомъ? Конечно, нѣтъ.

Какъ мы увидимъ ниже, вопросъ о ближайшей причинѣ смерти послѣ высокой литотоміи, какъ и вообще послѣ камнесѣченій, во многихъ случаяхъ остается далеко не выясненнымъ. Особенно это слѣдуетъ сказать о развивающихся послѣ литотоміи воспаленіяхъ брюшины. Развитіе произвольно допущеннаго нами перитонита въ случаѣ № 1 нашей таблицы не трудно объяснить, разъ мы знаемъ тѣсное соотношеніе серозныхъ покрововъ съ хроническими разстройствами почекъ (*Богдановскій*, стр. 99); не то въ 2-хъ другихъ случ., гдѣ воспаленіе брюшины констатировано при здоровыхъ почкахъ, безъ всякаго раненія ея. Объяснить такіе случаи мы не беремся. Не объяснено это и до насъ. Отсутствіе какихъ либо измѣненій въ почкахъ, пузырѣ и околопузырной клѣтчаткѣ, цѣлость брюшины, отсутствіе чрезмѣрной травмы при извлеченіи камня, дѣлаютъ такіе случаи вполнѣ загадочными. Задача послѣдующихъ работъ о каменной болѣзни, между многими другими,—выяснить этотъ вопросъ первостепенной важности.

Заканчивая разсмотрѣніе таблицы случаевъ sectionis altae съ наложеніемъ пузырнаго шва, мы видѣли, что все говоритъ въ пользу его.

Въ самомъ дѣлѣ, какія выгоды шва? Отвѣтъ на это только что данъ.

Противники шва говорятъ, что шовъ часто не удается и можетъ быть причиной мочевой инфильтраціи, наконецъ, что наложеніе шва составляетъ большею частью весьма трудный актъ операціи. Не подлежитъ сомнѣнію, что prima получается не всегда, но также вѣрно и то, что она получается больше чѣмъ въ 1/3 всѣхъ случаевъ, а это одно должно заставлять насъ шить рану пузыря всегда, гдѣ это технически выполнимо. Въ случаяхъ удачи, швомъ мы значительно укорачиваемъ время, необходимое для полнаго выздоровленія; въ случаяхъ неудачи, мы опять таки отчасти укорачиваемъ послѣопераціонный періодъ, главное-же—наилучше гарантируемъ успѣхъ операціи. Если въ нашей наукѣ вполнѣ прочно установленъ фактъ, что свѣжая моча невредна для раны (*Simon*, *Menzel*, *Gosselin* и др.), если доказана слабая способность къ всасыванію грануляціонной

поверхностью, если, наконецъ, вѣрны тѣ наблюденія многихъ авторовъ (*Ultzmann, Petersen, Günther, Podrazky, Lozbeck* и др.), по которымъ срокъ въ 3—5 дней вполнѣ достаточенъ для образованія въ ранѣ послѣ высокаго камнесѣченія такихъ стойкихъ продуктовъ реактивнаго воспаленія, которые гарантируютъ насъ отъ возможности мочевыхъ затековъ, то наложеніе шва на пузырь, герметически отдѣляющаго полость пузыря отъ околопузырной клѣтчатки, для насъ становится обязательнымъ. Срокъ въ 5,2 д., который, въ среднемъ, держитъ нашъ швовъ, вполнѣ достаточенъ для образованія въ ранѣ грануляціонной ткани; къ этому времени ушибленныя, порванныя вены и артеріи или приходятъ къ нормѣ, или тромбируются настолько стойко, что мы, даже при плохой мочѣ, гарантированы отъ инфильтраціи. Вскрытія умершихъ послѣ операціи съ наложеніемъ шва на пузырь ни разу не дали намъ картины мочевой инфильтраціи, ни разу мы не видѣли гнойныхъ затековъ, гнойныхъ скопищъ, т. е. того, что мы обычно встрѣчаемъ при вскрытіи оперированныхъ, погибшихъ отъ такъ называемой мочевой инфильтраціи.

Что же касается до трудности наложенія пузырнаго шва, то съ этимъ нельзя не согласиться, и бываютъ такіе случаи, гдѣ шить не представляется возможнымъ. Указать какіе это случаи — трудно: облегчается же наложеніе шва тѣмъ, что пузырь слегка вытягивается шелковыми лигатурами.—Если войдетъ въ общее употребленіе предварительный шовъ проф. *Подреза*, то наложеніе шва значительно облегчится; въ этомъ можетъ убѣдиться всякій, кто хоть разъ испробуетъ на трупѣ оперировать на налитомъ пузырѣ. Въ заключеніе прибавимъ одно: наложеніе кишечнаго шва далеко нелегкая вещь; никто-же, полагаемъ, не рѣшится сказать: «я не наложилъ шва на раненую кишку, потому что это трудно».

Итакъ, изъ всего только что сказаннаго мы должны сдѣлать слѣдующій выводъ: *наложеніе шва на рану пузыря при высокомъ камнесѣченіи есть необходимая принадлежность операціи; шовъ долженъ быть, гдѣ это технически выполнимо, накладываемъ при всякой мочѣ, такъ какъ больше чѣмъ въ 1/3 всѣхъ случаевъ даетъ заживленіе первымъ натяженіемъ и значительно сокращаетъ послѣопераціонный періодъ; въ другихъ же, неудачныхъ случаяхъ, нѣсколько укорачиваетъ срокъ выздоровленія и вліяетъ весьма благопріятно на исходъ операціи.*

Частичный шовъ пузыря—примѣненъ 48 разъ (11.3%): выздоро-

вѣло 43. умерло—5. По группамъ эти случаи распредѣлились такъ: I—41, II—3, III—2, IV и V—по 1.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ: безъ лихорадки—12 разъ (выздорвланіе, въ среднемъ, на 23,7 д.), почти безъ лихорадки—7 разъ (выздоровленіе на 28,4 д.), съ незначительной лихорадкой—9 разъ (выздоровленіе на 31,4 д.), съ значительной лихорадкой—7 разъ (выздоровленіе на 33,5 д.), съ затяжнымъ теченіемъ—8 разъ (выздоровленіе на 77 д.).

Въ послѣоперационномъ періодѣ были слѣдующія осложненія: *a*) затекъ (куда?)—1, *b*) долго незакрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны — 2, *c*) боли въ поясничной области — 2, *d*) ascites—1, *e*) pneumonia catar.—2, *f*) dysenteria—1, *g*) febris recurrens—1, *h*) varicella—1, *i*) morbilli—1, *j*) scarlatina—1.

Причиной смерти были: *a*) peritonitis acuta—1, *b*) pneumonia catar.—1, *c*) dysenteria—1, *d*) scarlatina—1, *e*) причина смерти неизвѣстна—1.

Очевидно, что только въ 2-хъ случ.—опять таки произвольно допустивъ воспаленіе брюшины въ томъ случаѣ, гдѣ причина смерти не выяснена—мы можемъ приписать операціи летальный исходъ, такъ что % смертности при примѣненіи частичнаго пузырнаго шва=4,4. Какъ и раньше, мы не имѣемъ никакой возможности объяснить, хотя-бы приблизительно, причину развившагося здѣсь воспаленія брюшины, такъ какъ оба случая прошли безъ всякихъ осложненій, не сопровождались какой либо травмой. Загадочность развитія перитонита дѣлается еще бо́льшей, если мы обратимъ вниманіе на то, что оба эти случая принадлежатъ къ оперированнымъ съ хорошей мочей, слѣдовательно, съ болѣе или менѣе здоровыми мочевыми путями, а также и на то, что оба неудачныхъ исхода принадлежатъ д-ру *Иршику*, опытность котораго въ камнесѣченіяхъ не подлежитъ сомнѣнію.

Нисколько не было бы удивительнымъ, если бы летальный исходъ принадлежалъ другимъ случаямъ этой группы, гдѣ пораженіе почекъ соотвѣтствовало нашимъ III, IV, V группамъ; тамъ развитіе воспаленія брюшины могло бы быть объяснено указанной нами выше связью между заболѣваніями почекъ и серозныхъ покрововъ.

Весьма малый % смертности при примѣненіи частичнаго шва на пузырь заставляетъ насъ смотрѣть на этотъ методъ ухода за пузырной раной какъ на такой, который обезпечиваетъ намъ успѣхъ операціи. По своимъ результатамъ онъ вправѣ конкурировать съ

полнымъ пузырнымъ швомъ. Въ самомъ дѣлѣ, если мы хоть коротко остановимся на сравненіи этихъ двухъ методовъ, то замѣтимъ слѣдующее: *a*) смертность при полномъ швѣ=5,8%, при частичномъ=4,4% *), *b*) исходъ летальный, въ зависимости отъ операціи, какъ здѣсь такъ и тамъ—воспаленіе брюшины и *c*) выздоровленіе при полномъ швѣ наступаетъ въ среднемъ на 28,1 д., при частичномъ—на 29,2 д. Замѣчательное сходство!

Если мы постараемся объяснить только что сдѣланный выводъ, то, конечно, объясненіе крайне легко.

Не подлежитъ сомнѣнію, что частичный шовъ является надежнымъ методомъ ухода за пузырной раной—*въ силу своей герметичности*. Въ этомъ мы убѣдимся, если вспомнимъ въ чемъ заключается разбираемый способъ ухода за пузырной раной. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: на рану пузыря, смотря по величинѣ ея, накладывается нѣсколько швовъ, швы завязываются; въ свободную, несшитую, часть пузырной раны вставляется дренажъ; нѣсколькими швами сшивается рана брюшной стѣнки до дренажа, накладывается та или другая антисептическая повязка. Само собой понятно, что при такихъ условіяхъ моча изливается, если не вся, то большая ея часть, черезъ дренажъ въ повязку и не имѣетъ возможности затекать въ ушибленную околопузырную клѣтчатку; 5—7 дневный срокъ пребыванія дренажа вполнѣ достаточенъ для развитія продуктовъ того реактивнаго воспаленія, которые являются надежной гарантіей успѣха операціи. Ясно, почему частичный шовъ даетъ такой хорошій результатъ.

Показанія, при которыхъ примѣненъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ частичный шовъ—намъ отчасти понятны; не накладывался полный шовъ или изъ боязни плохой мочи, или же вслѣдствіе того, что при наложеніи полнаго шва встрѣтились какія-либо техническія трудности; такъ было, наприм., въ случаѣ д-ра *Ассендельфта*, который наложилъ полный шовъ, но убѣдившись при наполненіи пузыря, что жидкость въ нѣкоторыхъ мѣстахъ просачивается и не удерживается швомъ, расшилъ эту часть пузыря и вставилъ дренажъ. Насколько понятны эти случаи, настолько непонятно, почему д-ръ *Иршикъ*, получившій весьма хорошіе результаты при примѣненіи полнаго шва, владѣющій техникой его наложенія, измѣнилъ шву и возвелъ частичный шовъ пузыря въ особый методъ; онъ одинъ при-

*) Меньшій % смертности при частичномъ швѣ объясняется лучшими случаями: по большей части дѣти съ хорошей и сносной мочей.

мѣнилъ его 39 разъ, при чемъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ по своей мочѣ оперированные принадлежали I группѣ, т. е. имѣли почти совершенно здоровые почки и пузыри. Конечно, всѣ эти случаи подлежали примѣненію полнаго пузырнаго шва.

Все только что сказанное заставляетъ насъ настоятельно рекомендовать примѣненіе частичнаго шва при высокомъ камнесѣченіи; тамъ, гдѣ почему либо полнаго пузырнаго шва наложить не удается, долженъ быть примѣненъ частичный.

е) **Пришиваніе краевъ пузырной раны къ краямъ раны брюшной стѣнки**— примѣнено всего 6 разъ; всѣ окончились выздоровленіемъ.

Тѣже заботы предохранить оперированнаго отъ мочевой инфильтраціи уже давно побудили предложить при выполненіи sectionis altae вышеназванный способъ ухода за раной пузыря. *Gehler* (1807) впервые далъ особый методъ операціи, а именно: поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки, такой же разрѣзъ пузыря, затѣмъ сшиваніе раны пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. Методъ *Gehler'a* не примѣненъ ни разу.

Въ 1885 году д-ръ *Эберманъ* въ одномъ отчаянномъ случаѣ (72 л. истощенный старикъ, громадная простата, расширенный пузырь, задержаніе вонючей, щелочной мочи), не рискуя наложить швовъ на пузырную рану или провести оперированнаго подъ дренажемъ, рѣшился сшить края раны пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. Оперированный, не смотря на плохія условія, выздоровѣлъ. Успѣхъ случая побудилъ автора предложить на 1-мъ Съѣздѣ Русскихъ Врачей вниманію товарищей особый рекомендуемый имъ методъ операціи, который онъ описываетъ слѣдующимъ образомъ: «дойдя до пузыря въ него вкалывается въ нижнемъ углу раны длинная, полукруглая игла, имѣющая близь острія ушко для лигатуры, а на вогнутой своей сторонѣ—желобокъ. Игла выкалывается изъ полости пузыря кнаружи близь верхняго угла раны брюшной стѣнки; затѣмъ изъ ушка иглы извлекается одинъ конецъ лигатуры, а по желобку иглы (какъ по зонду) дѣлается разрѣзъ стѣнки пузыря; разрѣзъ этотъ на 1 сант. не доходитъ до мѣста, гдѣ выглядываютъ изъ пузыря остріе иглы и лигатура. Свободный конецъ лигатуры вдѣвается въ обыкновенную иглу и проводится черезъ толщу кожи, у верхняго угла раны; затѣмъ желобоватая игла удаляется, лигатурой притягивается стѣнка пузыря къ кожѣ и лигатура завязывается. Далѣе боковые края и нижній уголъ раны пу-

зыря пришиваются тоже къ кожѣ живота: такимъ образомъ вся толща раны брюшной стѣнки вполнѣ защищена отъ вліянія на нее мочи и другихъ вредныхъ, заражающихъ ее элементовъ» (l. c. стр. 104).

Совершенно по тому же принципу, почти одновременно съ д-ромъ *Эберманомъ*, оперировали проф. *Павловъ* и д-ръ *Рейеръ*; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ предложенная выше длинная игла съ желобкомъ не примѣнялась. Очевидно, методъ *Эбермана* можетъ быть выполненъ и безъ употребленія предложенной имъ иглы.

Какъ видно, предложенный методъ, испытанный на весьма тяжелыхъ случаяхъ, увѣнчался полнымъ успѣхомъ. Можетъ ли, однако, онъ разсчитывать на широкое распространеніе? Конечно, нѣтъ.

Если мы вдумаемся въ способъ заживленія ранъ брюшной и пузырной при этомъ методѣ, то увидимъ, что онъ врядъ ли можетъ быть примѣняемъ, даже въ особо исключительныхъ случаяхъ.

Какимъ путемъ, вообще, происходитъ заживленіе ранъ при эпицистотоміи и что остается послѣдствіемъ операціи? *Cheselden'y*, *Middleton*, *Thornill*, *Marand*, *Amussat* удалось изслѣдовать подчревную область спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи высокаго сѣченія; оказывается, что всегда между наружной раной брюшной стѣнки и раной пузыря существуетъ рубецъ, образующійся послѣ заживленія того хода, по которому послѣ операціи идетъ моча, куда обыкновенно вставляется дренажъ. Такой рубецъ лишь только первое время можетъ вліять на положеніе пузыря, такъ что послѣдній представляется нѣсколько вытянутымъ, приподнятымъ изъ подъ лобка. Весьма возможно, что рѣдкіе случаи жалобъ на боли внизу живота при мочеиспусканіи, наблюдаемыя у нѣкоторыхъ больныхъ вскорѣ послѣ операціи, зависятъ отъ этого анормальнаго положенія пузыря, которое не безъ того, чтобы не отразиться на его формѣ. Современемъ рубецъ растягивается все болѣе и болѣе, оперированные уже не ощущаютъ никакихъ болей, и слѣдуетъ думать, что все быстро приходитъ къ нормѣ.

Понятно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заживленіе шло долгое время, свищевой ходъ долго не закрывался и омывался мочей, тамъ этотъ рубецъ будетъ объемистъ и его вліяніе на пузырь можетъ быть значительно; наоборотъ, при примѣненіи пузырнаго шва, гдѣ всѣ перечисленныя условія отсутствуютъ, тамъ вліяніе рубца на пузырь сводится ad minimum.

Совсѣмъ обратное получается при заживленіи ранъ брюшной и

пузырной, сшитыхъ вмѣстѣ. Здѣсь пузырь непосредственно укрѣпляется въ брюшномъ прессѣ; между раной пузыря и раной брюшной стѣнки лежитъ только рубецъ, нѣтъ того промежутка подлежащихъ тканей, который всегда существуетъ при заживленіи послѣ операціи, выполненной обыкновеннымъ способомъ. Если мы только что упомянули, что при заживленіи раны послѣ sectionis altae per secundam, пузырь нѣсколько измѣняетъ свое нормальное положеніе, вытягивается вверхъ, не можетъ достаточно свободно расширяться, то при разбираемомъ методѣ онъ ставится въ совершенно исключительныя условія. Изъ тазоваго органа пузырь дѣлается брюшнымъ, причемъ крѣпкое срощеніе съ брюшной стѣнкой никогда не позволитъ ему придти къ нормѣ. Такое анормальное положеніе пузыря не можетъ не отразиться на его функціи, а отсюда—и не вызвать заболѣванія этого органа.

Въ этомъ отношеніи весьма поучительно наблюденіе, приводимое проф. *Богдановскимъ* въ главѣ о высокомъ камнесѣченіи. «Больной старикъ армянинъ, возраста около 70 л., былъ освобожденъ отъ камня высокимъ сѣченіемъ съ сшиваніемъ стѣнокъ пузыря съ брюшными стѣнками и съ закрытіемъ пузырной полости вторичнымъ оживленіемъ и сшиваніемъ краевъ кожи надъ лоннымъ соединеніемъ. Не болѣе какъ черезъ годъ послѣ литотоміи, больной обратился въ нашу клинику съ описанными разстройствами измѣненнаго въ своемъ положеніи пузыря, ощупываемаго подъ общими покровами надъ лоннымъ соединеніемъ, въ видѣ овально круглой плотной опухоли и со всѣми вышеупомянутыми качествами мочи» (l. c. стр. 186, 187). Измѣненія со стороны функціи пузыря выражались учащенными и болѣзненными испражненіями мочи, постоянно содержавшей громадныя количества слизи, гноя и крови; развились же оні, по мнѣнію проф. *Богдановскаго*, въ силу того, что пузырь, плотно спаенный съ брюшною стѣнкою, постоянно подвергался прижатію, тренію и вытяженію при каждомъ сокращеніи брюшныхъ стѣнокъ.

Только что приведенное наблюденіе весьма важно для оцѣнки разбираемаго нами метода ухода за пузырной раной. Безспорно, онъ гарантируетъ намъ успѣхъ, но за то при немъ впослѣдствіи могутъ развиваться такіе припадки, которые заставятъ оперированнаго страдать не менѣе, чѣмъ до операціи и снова искать нашей помощи. Еще съ бóльшей положительностью мы могли бы высказать наше мнѣніе относительно метода, еслибы были вполнѣ увѣрены, что наблюденіе, приводимое проф. *Богдановскимъ* не касалось больнаго,

оперированнаго д-ромъ *Эберманомъ*. Если все вышесказанное относится до того же случая, а сходство полное, то на основаніи его мы не имѣемъ права высказаться строго. Мы уже видѣли, что д-ръ *Эберманъ* оперировалъ при исключительныхъ условіяхъ: больной былъ подвергнутъ литотрипсіи, затѣмъ черезъ 4 г. высокому камнесѣченію, имѣлъ всѣ явленія рѣзко выраженнаго катарра пузыря; кромѣ того послѣ литотрипсіи страдалъ задержаніемъ мочи, такъ что въ продолженіи 4-хъ лѣтъ могъ мочиться только черезъ катетръ, который и вводилъ себѣ самъ. Весьма возможно, что въ клиникѣ приняли его сильно растянутый пузырь, функціональныя разстройства и состояніе мочи за послѣдствія разбираемаго метода, тогда какъ всѣ сказанныя разстройства въ пузырѣ и мочѣ больнаго наблюдались и раньше.

Пять другихъ операцій: проф. *Павлова*, д-ровъ *Рейера* и *Богаевскаго* (№№ 15, 74, 75, 76, 89) съ примѣненіемъ того же метода, окончились выздоровленіемъ. Намъ неизвѣстно: —развилось ли въ этихъ случаяхъ что либо подобное наблюденію проф. *Богдановскаго*, тѣмъ не менѣе мы должны о немъ помнить. Условившись же, что шовъ пузыря долженъ быть накладываемъ въ каждомъ случаѣ и что при неудачѣ съ полнымъ швомъ мы имѣемъ въ частичномъ швѣ отличную гарантію отъ мочевыхъ затековъ, нѣтъ нужды прибѣгать къ методу, рекомендуемому д-ромъ *Эберманомъ*.

f) **Особые случаи ухода за раной пузыря наблюдались**—рѣдко. Остановимся на нихъ, по возможности, кратко.

Д-ръ *Потоцкій* въ 3 случ. поступилъ слѣдующимъ образомъ: черезъ брюшную рану ввелъ въ пузырь, а затѣмъ черезъ уретру, наружу, длинный дренажъ съ отверстіями въ той только части, которая помѣщалась въ пузырѣ. Наружный конецъ дренажной трубки погруженъ въ сосудъ съ карболовымъ растворомъ. Антисептическая повязка. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ (№№ 189, 190 и 191).

Д-ръ *Рейеръ* (№ 88) поступилъ также, но кромѣ дренажа, выведеннаго черезъ уретру, въ рану брюшной стѣнки онъ вставилъ еще стеклянный дренажъ, сама же рана тампонирована. Такъ какъ черезъ дренажъ уретры мочи шло мало, то больному вскорѣ дано положеніе на животѣ; случай окончился выздоровленіемъ.

Д-ра *Надеждинъ*, *Ассмутъ*, которымъ пришлось дѣлать высокое камнесѣченіе послѣ неудачнаго срединнаго, дренировали пузырь какъ черезъ рану на промежности, такъ и надъ лобкомъ (№№ 45, 66); тоже самое было сдѣлано д-ромъ *Гагенъ-Торнъ* и проф. *Бобро-*

вымъ, которыми, кромѣ высокаго сѣченія, было сдѣлано и боковое (№№ 63, 122).

Въ томъ же случаѣ (№ 63) д-ръ *Гагенъ-Торнъ* пришилъ еще верхній уголъ пузырной раны къ верхнему углу раны брюшной стѣнки. Тоже сдѣлалъ 1 разъ и д-ръ *Чеботаревъ* (№ 149), но въ этомъ послѣднемъ случаѣ, кромѣ сказаннаго шва и положенія на животѣ, не было никакого другаго ухода за раной пузыря; оперированный выздоровѣлъ и послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ лихорадки.

Весьма многіе къ дренажу пузыря или катетру прибавляли сифонное приспособленіе, удлиняя дренажъ или катетръ эластической трубкой, наружный конецъ которой опускался въ сосудъ съ антисептической жидкостью, поставленной ниже горизонта кровати. Въ одномъ случаѣ проф. *Коломнинъ*, при весьма плохой мочѣ, одновременно воспользовался двумя сифонными приспособленіями: дренажа и катетра á demeure; оперированная выздоровѣла.

Совершенно особнякомъ стоитъ крайне тяжелый случай д-ра *Троянова*, въ которомъ послѣ операціи примѣнено постоянное орошеніе пузыря. Это орошеніе достигнуто тѣмъ, что изъ сосуда, повѣшеннаго надъ больнымъ, черезъ длинную трубку борный растворъ шелъ въ двойной (сшитый вмѣстѣ) дренажъ пузыря, а изъ него черезъ сифонное приспособленіе въ сосудъ, поставленный ниже горизонта кровати. Истеченіе борнаго раствора изъ верхняго сосуда было регулировано краномъ такъ, что жидкость не выливалась изъ пузыря въ околопузырную клѣтчатку, а ее поступало столько, сколько могло быть удалено изъ пузыря нижней сифонной трубкой. Такое орошеніе продолжалось до появленія въ литотомической ранѣ хорошихъ грануляцій. Оперированный выздоровѣлъ (№ 197).

Намъ кажется, что этотъ способъ ухода за плохимъ пузыремъ заслуживаетъ особаго вниманія; онъ простъ, удобно выполнимъ и вполнѣ раціоналенъ. Если методъ д-ра *Эбермана*, на которомъ мы только что останавливались, нашелъ себѣ примѣненіе въ 6 случ., то способъ д-ра *Троянова*, въ силу вышесказаннаго, достоинъ еще бóльшаго подражанія.

Безъ всякаго ухода за пузырной раной, если не считать тщательной чистоты и частой смѣны компрессовъ, намоченныхъ въ той или другой антисептической жидкости, было проведено 7 случаевъ: д-рами ***Поповымъ***, ***Гагенъ-Торномъ***, ***Русановымъ***, ***Мультановскимъ***, ***Путохинымъ***; изъ нихъ окончился летально только 1 случай.

Д-ра *Кѣтлинскій*, *Розенбаумъ* и *Зеленковъ* тампонировали брюш-

ную рану до пузыря антисептической марлей. Изъ 6 случ. такого ухода за оперированнымъ умерло два; между выздоровѣвшими въ одномъ случаѣ наблюдался околопузырный нарывъ, въ другомъ мало по малу рубецъ послѣ литотоміи растянулся и образовалась грыжа, такъ что оперированный выписанъ съ особымъ бандажомъ (№№ 46, 95—98 и 195).

Наконецъ, женщина—врачъ *Никольская* примѣнила ту-же тампонаду брюшной раны до пузыря, но въ этомъ случаѣ на пузырь былъ наложенъ полный швъ. Также поступилъ въ 2 случаяхъ и д-ръ *Трояновъ*. Изъ 3-хъ случаевъ такого ухода за оперированнымъ умеръ 1, одинъ выписанъ со свищемъ (№№ 7, 198 и 199).

Какъ видно, уходъ за оперированными былъ самый разнообразный; вывести какое либо заключеніе при сравненіи того или другаго изъ этихъ особыхъ случаевъ—не приходится. Однако, слѣдуетъ отмѣтить, что тамъ гдѣ не примѣнялось никакихъ мѣръ для свободнаго стока мочи, гдѣ, слѣдовательно, моча, прежде чѣмъ попасть въ повязку, свободно омывала околопузырную клѣтчатку и другія ткани, ни разу не наблюдалось мочевой инфильтраціи и всего одинъ случай окончился летально. Такое наблюденіе намъ весьма цѣнно и пригодится при выясненіи вопроса о такъ называемой мочевой инфильтраціи.

5) **Составъ, вѣсъ и размѣръ извлеченныхъ камней**—представляли большое разнообразіе.

По большей части извлеченные камни были смѣшаннаго состава, рѣже однороднаго. Весьма нерѣдко центральную часть камней составляли ураты, наружная же представляла наслоенія фосфатовъ, довольно часто тѣ или другія составныя части располагались слоями и покрывались опять таки слоемъ фосфатовъ. Въ одномъ случаѣ д-ра *Орловскаго* ядромъ для образованія мягкаго фосфата, болѣе 100,0 grm. вѣсомъ и 7 сант. въ діаметрѣ, послужила горошина, введенная больному въ уретру и проскользнувшая въ пузырь за 2 г. до операціи.

По частотѣ, на первомъ планѣ должны быть поставлены фосфаты, урофосфаты и камни съ наружной корой изъ фосфатовъ; рѣже попадались камни изъ уратовъ, всего рѣже щавелевики. При внимательномъ разсмотрѣніи исторій болѣзни видно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ наиболѣе рѣзкія измѣненія въ нормальномъ составѣ мочи наблюдались при фосфатахъ; лучшая моча встрѣчалась

при уратахъ, наилучшая же при щавелевикахъ. За весьма малыми исключеніями слѣдуетъ сказать: чѣмъ продолжительнѣе болѣзнь, тѣмъ камень больше, моча хуже и страданія больныхъ сильнѣе.

Громадное большинство камней были подвижные и одиночные; 36 разъ извлечено нѣсколько камней, а именно: 32 камня—1, 7 камней—1, 5 камней—1, 4 камня—3, 3 камня—3, 2 камня—26, нѣсколько камней (сколько?)—1 случ.

Пузырно-простатическихъ камней было 10. Всѣ они окончились выздоровленіемъ; изъ нихъ 2 выписаны со свищами: *a*) на промежности (№ 66) и *b*) надъ лобкомъ (№ 199).

Камней въ дивертикулѣ было 8. 6 окончились полнымъ выздоровленіемъ, 1 не окончилъ леченія и взятъ родителями на 30 д. послѣ операціи съ мочей, идущей большею частію черезъ уретру, но также и черезъ надлобковую рану, 1 окончился смертью и въ его исторіи болѣзни отмѣчено: нагноеніе вокругъ пузыря и colitis suppurativa. Въ случаѣ д-ра *Ассмута*, помимо камня въ дивертикулѣ пузыря, найдено еще нѣсколько маленькихъ камней и одинъ побольше (№ 45).

Кромѣ камней въ пузырѣ 2 раза встрѣтились еще камни въ уретрѣ; оба окончились воздоровленіемъ. Въ одномъ случаѣ (№ 359) д-ръ *Ассендельфтъ* извлекъ уретральный камень черезъ разрѣзъ мочеиспускательнаго канала, въ другомъ (№ 89) д-ръ *Рейеръ* на 20 д. послѣ операціи протолкнулъ уретральный камень въ пузырь и удалилъ его черезъ отверстіе на мѣстѣ надлобковой раны, черезъ которое вставлялся дренажъ; развился сильный cystitis и края раны инкрустировались; выздоровленіе наступило черезъ 80 д.

1 разъ осколокъ камня застрялъ въ уретрѣ и для его извлеченія сдѣлана sectio mediana (№ 315), 2 раза камни были осложнены опухолями пузыря (№№ 64, 140).

Въ нѣсколькихъ случ. камни были плотно укрѣплены къ шейкѣ пузыря, такъ что извлеченіе ихъ было крайне затруднительно; при такомъ условіи оно значительно облегчалось приподнятіемъ камня per rectum помощникомъ.

Въ 7 случ. камни были плотно охвачены стѣнками пузыря, такъ что выполняли собою всю его полость. Извлеченіе такихъ камней обыкновенно—весьма затруднительно и продолжительно; въ громадномъ же большинствѣ случ. извлеченія камня при sectionis altae составляло легкій актъ операціи, даже въ тяжелыхъ случаяхъ, какъ это не разъ отмѣчено въ нашей таблицѣ.

По возрасту вѣсъ камней распредѣлился такъ.

ТАБЛИЦА VII.

Вѣсъ извлеченныхъ камней по возрасту оперированныхъ *).

Отъ 1 до 5 лѣтъ.	10,0; 11,0; 28,0; 5,5; 1,0; 3,7; 0,45; 82,0; 10,0; 6,0; 1,3; 4,0; 4,8; 4.8; 4,6; 3,5; 3,7; 0,8; 1,6; (два камня); 1,0; 2,0; 1,0; 1,0; 0,6; 3,5; 0,5; 3,0; 3,0; 8,0; 6,0; 2,0; 3,0; 4,0; 5.0; 8,0; 11,5; 1,1; 0,7 (два камня); 1,9; 6,5; 19,8; 5,5; 9,5 (два камня); 20,0; 4,0; 7,0; 2,0; 5,0; 0,5; 5,2; 3,5 (два камня); 15,8; 6.5; 10,0; 16,0; 11,0; 23,0; 1,0; 4,0; 0,5; 6,0; 13,5; 22,0; 4,0; 3,0; 12.0; 5,0; 2,0; 2,0; 4,0; 3,0; 6,0; 1,2; 3,0; 2,5; 2,0; 23,0; 7,6; 11,0; 2,9; 2,2; 7,0; 15,0; 3,0 (два камня); 3,5 (два камня); 0,9; 5,12; 7,0; 4,7 (два камня); 5,9; 1,5; 3,2; 0,3; 10,0; 1,0; 0,8; 2,0; 10,0 (два камня); 17,0; 0,7; 7,0; 18,0 (пять камней); 2,0; 4,0; 6,0; 5,0; 3,0; 6,75; (два камня).	Среднiй вѣсъ камня 6,67 grm.
Отъ 5 до 10 лѣтъ.	12,0; 12,5; 26,5 (три камня); 11,5; 40,4; 44,6; 7,0; 3,0; 40,0; 12,0; 9,9; 11,6; 22,7; 9,8; (два камня); 9,95; 2,5; 12,86; 8,2 32,6; 9,75; 6,1; 19,7; 5,0; 1,3; 0,6; 10,5 (три камня); 3,7; 1,0; 3,4; 11,0; 7,0; 6,0; 4,0; 4,0; 15,0; 8,5; 7,5; 4,3; 14,0; 11,5 (два камня); 1,0; 0,2; 11,0; 2,0; 3,0; 15,0; 4,0; 13,0; 8,0; 4,0; 5,5; 2,0; 9,0; 8,0; 5,0; 4,0; 47,0; 11,0; 2,0; 1,0; 48,0; 20,0; 6,5; 8,0; 3,4; 3,0; 11,2; 5,0; 2,2; 6,45; 22,6; 3,3, 0,8; 5,0; 4,5; 1,5; 3,8; 1,8; 7 0; 5,0; 2,0; 7,7; 15,0; 12,5; 14,0; 2,5; 4,0; 2,0; 17,0; 3,0; 7,0; 17,8; 2,0; 17,5; 2,5; 9.0; 12,5; 14,9; 4,0; 12,0; 34,25; 50.0.	Среднiй вѣсъ камня 10,7 grm.
Отъ 10 до 15 лѣтъ.	26,0; 46,8; 10,0; 19,0; 28,0; 15,2; 88,0; 51,0; 3,0; 1,2; 43,0; 10,2; 13,0; 17,0; 25,0; 23,8; 11,5; 21,2; 3,1; 10,2; 1,6; 24,5 (два камня); 7,0; 17,3; 9,5; 5,0; 3,0; 7,2; 10,5 (два камня); 11,5; 17,5 (два камня); 3,0; 17,0; 18,0; 22,0; 8,0.	Среднiй вѣсъ камня 18,2 grm.
Отъ 15 до 20 лѣтъ.	16,0; 41,0; 9,5; 59,8; 74,6, 55,7; 10,0; 15,0; 35,0; 45,5; 7,5; 1,7; 16,0; 10,5; 45,0, 17,0; 25,0; 20,0; 24,0; 13,5.	Среднiй вѣсъ камня 27,1 grm.
Отъ 20 до 25 лѣтъ.	120,0; 68,7; 250,0; 40,2; 48,5; 124,0; 64,0; 8,2; 43,0; 100,0; 70,0; 30,0; 10,0; 19,0; 3,0; 42,0; 43,0; 4,0; 49,0; 41,0; 40,0; 9,6; 30,0; 19,5; 40,0; 45,0 (четыре камня).	Среднiй вѣсъ камня 52,4 grm.

Отъ 25 до 30 лѣтъ.	**104,0** (два камня); 10,0; 119,0; 113,0, 30,0; 20,0; 4,0; 17,0; 19,0; 6,0; 11,0; 64,0; 41,5.	Средній вѣсъ камня 42,9 gr.
Отъ 30 до 35 лѣтъ.	9,5; **313,5**; 44,8; **32,3**; 545,0.	Средній вѣсъ камня 148,6 grm.
Отъ 35 до 40 лѣтъ.	78,5; 2,17; 51,0.	
Отъ 40 до 45 лѣтъ.	283,6; **26,12**.	
Отъ 45 до 60 лѣтъ.	34,5; 56,0 (три камня); 56,0 (четыре камня); 27,3; 15,5; 149,0; **47,0**.	Средній вѣсъ камня 67,2 grm.
Отъ 60 до 83 лѣтъ.	**108,6** (семь камней); 7,0 (два камня); 144,0 (тридцать два камня); **94,0**.	

*) Цифры, обозначенныя жирнымъ шрифтомъ, указываютъ, что въ данномъ случаѣ операція окончилась смертью.

Таблица VII-я даетъ намъ свѣдѣнія о вѣсѣ камней 326 оперированныхъ.

Вѣсъ камней остальной части собраннаго матеріала остался неизвѣстнымъ, отчасти потому, что необходимыя свѣдѣнія не указаны въ исторіяхъ болѣзни, отчасти же потому, что весьма многіе хирурги, обозначая размѣры извлеченныхъ камней, употребляютъ образныя сравненія, какъ-то: «грецкій орѣхъ», «воложскій орѣхъ», «куриное, голубиное, гусиное яйцо», «горошина» и т. п. Понятно, что камни, обозначенные такими размѣрами, не могли попасть въ только что приведенную таблицу.

Разсматривая ее подробно, мы видимъ, что въ возрастѣ отъ 1 до 5 лѣтъ средній вѣсъ камня—6,6 grm.; наименьшій вѣсъ—0,5, наибольшій же—82,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 5 до 10 л. средній вѣсъ камня — 10,7 grm.; наименьшій вѣсъ—0,2, наибольшій же—48,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 10 до 15 л. средній вѣсъ камня—18,2 grm.; наименьшій вѣсъ—1,2, наибольшій же—88,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 15 до 20 л. средній вѣсъ камня—27,1 grm.; наименьшій 1,7, наибольшій же—74,6 grm.

Въ возрастѣ отъ 20 до 25 л. средній вѣсъ камня—52,4 grm.; наименьшій вѣсъ—3,0, наибольшій же—250,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 25 до 30 л. средній вѣсъ камня—42,9 grm.; наименьшій вѣсъ—6,0, наибольшій же—119,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 30 до 45 л. средній вѣсъ камня—148,6 grm.; наименьшій вѣсъ—2,17, наибольшій же—545,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 45 до 83 л. средній вѣсъ камня—67,2 grm.; наименьшій вѣсъ—7,0, наибольшій же—145,0 grm.

Какъ видно, вѣсъ удаленныхъ камней колебался весьма значительно, наименьшій по вѣсу камень былъ въ 0 2 grm., наибольшій же—545,0 grm.

Что касается до размѣровъ камней, то они представляли огромное разнообразіе. Въ таблицѣ собранныхъ случаевъ не разъ отмѣчены камня, величиною съ небольшую горошину, встрѣчались также и настолько большіе, что выполняли собою всю полость пузыря; изъ нихъ unicum—камень, удаленный д-ромъ *Мультановскимъ* и имѣвшій 29, 26,3 и 23 сант. въ окружности.

Форма камней—также весьма разнообразна; попадались камни: въ видѣ тутовой ягоды, круглой формы, сплюснутой, яйцеобразной, трубкообразной, въ видѣ песочныхъ часовъ. Изъ нихъ слѣдуетъ отмѣтить: 1) Случай д-ра *Русанова* (№ 83), гдѣ извлечено 7 камней, по формѣ правильные тетраиды, за исключеніемъ двухъ, которые нѣсколько округлы. 2) Случай д-ра *Орловскаго* (№ 188), удалено 32 камня, самой разнообразной формы: яйцевидной, кругловатой, болѣе или менѣе сплюстнутой; поверхность камней была гладка и у нѣкоторыхъ въ видѣ квадратовъ, треугольниковъ. Лѣвая часть полости пузыря этого исключительнаго и рѣдкаго случая въ $^2/_3$ была какъ-бы послойно вымощена разной величины, прилегающими другъ къ другу, камнями; отъ камней оставалось свободной едва $^1/_3$ полости пузыря. Поочередное извлеченіе камней было крайне затруднительно, особенно подъ конецъ, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ помѣщались въ глубокихъ складкахъ слизистой оболочки пузыря. 3) Случай проф. *Боброва* (№ 122), гдѣ изъ 3-хъ камней (рецидивъ) одинъ помѣщался въ промежности надъ рубцомъ боковой литотомической раны, занимая всю ея толщу, и соприкасаясь съ главной массой простато—пузырнаго камня. 4) Случай д-ра *Гельбке* (№ 193), гдѣ удаленный камень шероховатъ и покрытъ соскообразными отростками; изъ нихъ два самыхъ большихъ, на нижне-задней поверхности камня, отстояли другъ отъ друга на 2,5 сант. и представляли слѣпки съ отверстій мочеточниковъ, въ просвѣтъ которыхъ они нѣсколько внѣдрялись.

6. **Повязка** послѣ операціи накладывалась самая разнообразная.

Однако, смотря по тому, каковъ былъ уходъ за раной пузыря, она примѣнялась въ двухъ видахъ.

При наложеніи пузырнаго шва, въ надеждѣ получить заживленіе первымъ натяженіемъ, накладывалась строго антисептическая повязка; смѣнялась только въ крайнемъ случаѣ, при показаніяхъ, хорошо понятныхъ каждому.

При примѣненіи дренажа—таже строгая противугнилостная повязка, заходящая высоко на животъ и далеко на бедра, примѣнялась весьма немногими; обыкновенно же, особенно при положеніи оперированнаго на животѣ или боку, большинство довольствовалось легкой повязкой изъ того или другаго антисептическаго матеріала; эта послѣдняя повязка мѣнялась часто.

Соблюденіе возможно большей чистоты, осторожное промываніе пузыря, соотвѣтственное внутреннее леченіе, хорошее питаніе, уходъ и антисептическая повязка, наичаше іодоформная, вполнѣ обезпечивали хорошій исходъ операціи.

Для повязки нѣтъ возможности установить какой-либо общій методъ; въ этомъ отношеніи слишкомъ много имѣютъ значенія привычки, личные взгляды того или другаго хирурга.

7. **Послѣопераціонный періодъ.** Придерживаясь принятаго нами распредѣленія собраннаго матеріала на V групп, разсмотримъ послѣопераціонный періодъ въ каждой группѣ отдѣльно и отмѣтимъ тѣ осложненія, какія встрѣтились и указаны въ исторіяхъ болѣзни.

Изъ 397 случ. операціи, гдѣ имѣются подробныя свѣдѣнія, выздоровѣло—327, выписано не окончивъ леченія—12, находятся на излеченіи—2, исходъ неизвѣстенъ—2, умерло—54.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ: *a)* безъ лихорадки—118 (36,1°/o), *b)* почти безъ лихорадки - 73 (22,3°/o), *c)* съ незначительной лихорадкой—57 (17,4°/o), *d)* съ значительной лихорадкой—75 (23°/o), *e)* съ затяжнымъ теченіемъ—58 (17,7 °/o) и *f)* свѣдѣній нѣтъ—16 случаевъ.

Прибавивъ 30 сл. (23 выздоровленія и 7 смертей) VI группы, гдѣ нѣтъ необходимыхъ свѣдѣній, получимъ: изъ всѣхъ собранныхъ 427 сл. операціи выздоровѣло—350, выписано не окончивъ леченія—12, находится на излеченіи—2, исходъ неизвѣстенъ—21, умерло—61.

I Группа.

226 случ.: выздоровѣло—194, выписаны не окончивъ леченія 9, находится на излеченіи—1, умерло—22.

Въ этой группѣ послѣоперацiонный перiодъ наблюдался: *a)* безъ лихорадки—86, *b)* почти безъ лихорадки—47, *c)* съ незначительной лихорадкой—36, *d)* съ значительной лихорадкой—37, *e)* съ затяжнымъ теченiемъ—18 и *f)* свѣдѣнiй нѣтъ—2 случ.

При ближайшемъ разсмотрѣнiи этой группы мы видимъ, что въ случаяхъ, гдѣ послѣоперацiонный перiодъ прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на 12,8 д., выздоровленiе наступало на 26,7 д. Тамъ, гдѣ послѣоперацiонный перiодъ протекалъ съ незначительной и значительной лихорадкой—моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на 15,5 д., выздоровленiе наступало на 29,7 д. Въ случ. съ затяжнымъ теченiемъ—моча, въ среднемъ, шла нормально на 19,6 д., выздоровленiе же наступало на 78,5 д.

Изъ осложненiй, наблюдавшихся въ послѣоперацiонномъ перiодѣ, прошедшемъ безъ лихорадки или почти безъ лихорадки, отмѣчены слѣдующiя: *a)* послѣдовательное кровотеченiе—1, *b)* нагноенiе въ брюшной ранѣ—1, *c)* cystitis—1, *d)* urethritis acuta—4, *e)* abcessus penis—1, *f)* отхожденiе черезъ брюшную рану осколка камня—1, *g)* eczema вокругъ раны—8, *h)* свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрывался—1, *i)* decubitus—1 и *j)* bronchitis acuta—1.

Въ послѣоперацiонномъ перiодѣ съ незначительной и значительной лихорадкой, осложненiя были: *a)* послѣдовательное кровотеченiе—2, *b)* нагноенiе въ брюшной ранѣ—2, *c)* abcessus подъ Пупартовой связкой—1, *d)* pericystitis съ отхожденiемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *e)* cystitis—2, *f)* urethritis acuta—2, *g)* balanopostitis—1, *h)* abcessus penis—1, *i)* orchitis—1, *j)* erythema—1, *k)* отекъ лица—1, *l)* боли въ почечной области—2, *m)* enteritis catar—1; *n)* bronchitisr chr.—1, *o)* influenza — 1, *p)* varicella — 1, *r)* scarlatina — 2 и *s)* feb. recurrens—1.

Что касается до случаевъ съ затяжнымъ теченiемъ, то причиной тому были: *a)* долго не закрывающiеся свишевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—8, *b)* pericystitis съ отхожденiемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—2, *c)* послѣдовательное кровотеченiе—1, *d)* околопочечный нарывъ—1, *e)* cystitis—1, *f)* pyelitis—1, *g)* боли въ почечной области—1, *h)* enteritis catar—1, *i)* pneumonia catar—1, *j)* erysipelas—1 и *k)* decubitis—1.

II группа.

68 случ.: выздоровѣло 56, выписано не окончивъ леченія—1, исходъ неизвѣстенъ—1, умерло—10.

Въ этой группѣ послѣопераціонный періодъ наблюдался: *a*) безъ лихорадки—14, *b*) почти безъ лихорадки—18, *c*) съ незначительной лихорадкой—12; *d*) съ значительной лихорадкой—15, *e*) съ затяжнымъ теченіемъ—8 и *f*) свѣдѣній не имѣется—1 случ.

Тамъ, гдѣ послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на 11,5 д., выздоровленіе наступало на 29,5 д. Тамъ, гдѣ онъ протекалъ съ незначительной и значительной лихорадкой, моча, въ среднемъ, шла нормально на 14,3 д., выздоровленіе наступало на 31,2 д. Въ случ. съ затяжнымъ теченіемъ—моча, въ среднемъ, шла нормально на 32 д., выздоровленіе же наступало на 68,1 д.

Осложненія, наблюдавшіяся въ послѣопераціонномъ періодѣ, прошедшемъ безлихорадочно или почти безъ лихорадки, были слѣдующія: *a*) erythema—1, *b*) oedema praeputii—1, *e*) urethritis acuta—1.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ съ незначительной и значительной лихорадкой осложненія были: *a*) pericystitis съ отхожденіемъ черезъ брюшную рану омертвѣлой клѣтчатки—1, *b*) отхожденіе черезъ ту-же рану осколковъ камня—1, *c*) pyelitis—1, *d*) cystitis—1, *e*) боли въ почечной области—1, *f*) urethritis acuta—1, *g*) erythema—1, *h*) eczema—1, *i*) enteritis catar.—1 и *j*) erysipelas—1.

Что касается до случаевъ съ затяжнымъ теченіемъ, то причиной продолжительнаго послѣопераціоннаго періода были: *a*) долго не закрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—2, *b*) pericystitis съ отхожденіемъ черезъ туже рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *c*) asciter—1, *d*) cystitis—2, *e*) bronchitis—1, *f*) enteritis catar.—1, *g*) varicella—1 и *h*) pneumonia cat.—1.

III группа.

67 случ.: выздоровѣло—49, находится на излеченіи—1, умерло—17.

Въ этой группѣ послѣопераціонный періодъ наблюдался: *a*) безъ лихорадки—10, *b*) почти безъ лихорадки—6, *c*) съ незначительной лихорадкой—5, *d*) съ значительной лихорадкой—15, *e*) съ затяжнымъ теченіемъ—21 и *f*) свѣдѣній не имѣется—10 случ.

Тамъ, гдѣ послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на

12,2 д., выздоровленіе наступало на 34.7 д. Тамъ, гдѣ онъ протекалъ съ незначительной и значительной лихорадкой моча, въ среднемъ, шла нормально на 21,1д., выздоровленіе наступало на 37,3 д. Въ случ. съ затяжнымъ теченіемъ, моча, въ среднемъ, шла per urethram на 40,3 д. выздоровленіе же наступало на 81,1 д.

Осложненія, наблюдавшіяся въ послѣопераціонномъ періодѣ, прошедшемъ безлихорадочно или почти безъ лихорадки, были слѣдующія: *a)* послѣдовательное кровотеченіе—1, *b)* pericystitis съ отхожденіемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *c)* боли въ поясничной области—1, *d)* cystitis—2, *e)* камень въ уретрѣ—1.

Въ послѣоперацiонномъ періодѣ случаевъ съ незначительной и значительной лихорадкой встрѣчались слѣдующія осложненія: *a*) инфильтратъ влѣво отъ брюшной раны, не перешедшій въ нагноеніе—1, *b*) pericystitis съ отхожденіемъ черезъ туже рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *c*) peyelonephritis—1, *d*) cystitis, *e*) долго не закрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—2, *f)* enteritis catar.—1 и *g*) decubitus—1.

Что касается до случаевъ съ затяжнымъ теченіемъ, то причиной продолжительнаго послѣоперацiоннаго періода были: *a*) послѣдовательное кровотеченіе—1, *b*) долго не закрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—5, *c*) pericystitis съ отхожденіемъ черезъ ту же рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—**2**, *d*) омертвѣніе слизистой оболочки пузыря—1, *e*) околопочечный нарывъ—1, *f)* боли въ почечной области—2, *g*) cystitis—4, *h*) urethritis acuta—1, *i*) abcessus periurethralis—1, и *j)* pneumonia catar—2.

IV группа.

8 случ.: выздоровѣло 6, умерло 2.

Послѣоперацiонный періодъ въ 2-хъ случ. прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, 1 разъ съ незначительной лихорадкой, 3 раза съ затяжнымъ теченіемъ; въ среднемъ, выздоровленіе наступало на 53 д.

Затяжное теченіе въ 1 случ. зависѣло отъ долго незакрывавшагося свищеваго хода на мѣстѣ брюшной раны, выздоровѣлъ на 72 д.; въ другомъ,—для удаленія камня, образовавшагося подъ рубцомъ промежности послѣ боковой литотомической раны и смотрѣвшаго въ полость пузыря, пришлось сдѣлать разрѣзъ этого рубца; заживленіе шло весьма медленно и оперированный вышелъ изъ больницы на 75 д. съ свищемъ на мѣстѣ промежностнаго разрѣза; въ

3-мъ затяжное теченіе зависѣло отъ того, что больному была сдѣлана повторно высокая литотомія по поводу вновь обнаруженнаго въ пузырѣ камня. Вторичная sectio alta сдѣлана черезъ 42 д. послѣ первой, удалено нѣсколько камешковъ; окончательное выздоровленіе наступило на 71 д.

Изъ осложненій въ этой группѣ отмѣчены только: *a*) pyelitis и *b*) enteritis catar.

V группа.

28 случ.: выздоровѣло—22, выписано не окончивъ леченія—2, исходъ неизвѣстенъ—1, умерло—3.

Въ этой группѣ послѣопераціонный періодъ наблюдался: *a*) безъ лихорадки—7, *b*) почти безъ лихорадки—1, *c*) съ незначительной лихорадкой—3, *d*) съ значительной лихорадкой—6, *e*) съ затяжнымъ теченіемъ—8 и *f*) свѣдѣній не имѣется о 3-хъ случ.

Группа эта, подобна предыдущей,—мала, а потому придавать особенное значеніе выводамъ нельзя. Если мы и распредѣлили послѣопераціонный періодъ случаевъ этой группы по рубрикамъ, то исключительно ради удобства разсмотрѣнія матеріала.

Въ какіе сроки шла моча нормальнымъ путемъ вывести среднее не представляется возможнымъ, такъ какъ свѣдѣнія относительно нормальнаго мочеиспусканія имѣются лишь только о нѣсколькихъ операціяхъ; по этимъ свѣдѣніямъ срокъ для мочеиспусканія pes urethram колебался весьма сильно: между 9 и 35 д.

Осложненіе, наблюдавшееся въ послѣопераціонномъ періодѣ, прошедшемъ безлихорадочно, было—ascarides.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ съ незначительной и значительной лихорадкой отмѣчены осложненія: *a*) balanopostitis—1), *b*) urethritis acuta—1, *c*) затекъ мочи—1 (куда? не сказано), *d*) нагноеніе подъ рубцомъ послѣ наружной уретротоміи, сдѣланной передъ высокимъ камнесѣченіемъ для извлеченія камня мочеиспускательнаго канала; въ этомъ-же случаѣ, окончившимся, сравнительно, быстро полнымъ выздоровленіемъ, въ послѣопераціонномъ періодѣ была 5 д. рвота, прекратившаяся послѣ выхода per os круглой глисты, *c*) pyelonephritis et cystitis съ значительной лихорадкой; выздоровленіе наступило со свищемъ промежности на мѣстѣ разрѣза срединной литотоміи, предшествовавшей высокому камнесѣченію и *d*) tuberculosis pulmonum, отъ которой смерть на 50 д.

Длительный послѣопераціонный періодъ наблюдался 8 разъ. Относительно 5 случ. подробныхъ свѣдѣній не имѣется, въ другихъ же

послѣоперацiонный перiодъ затянулся: 1) послѣ труднаго извлеченiя камня, охваченнаго слизистой оболочкой пузыря. Первое время, не смотря на безлихорадочное теченiе, оперированный исхудалъ, а затѣмъ поправился вполнѣ; однажды при перевязкѣ былъ найденъ осколокъ камня; кромѣ того наблюдались боли въ reg. subinguinale, легкая припухлость m. adductorum femoris, 2) вслѣдствiе поноса и бронхита и 3) вслѣдствiе совершенно исключительныхъ условiй случая, а именно: по разрѣзѣ брюшной стѣнки оказалось, что предпузырное пространство образуетъ полость, наполненную распавшимися кусками омертвѣлой ткани съ запахомъ разлагающейся мочи. Исключительность случая потребовала особаго леченiя: было примѣнено постоянное орошенiе полости пузыря борнымъ растворомъ, сдѣлана контрапертура около spina os. ilei; оперированный выздоровѣлъ (№ 197).

Подводя итогъ всему сказанному, мы прежде всего видимъ, что послѣоперацiонный перiодъ прошелъ безъ лихорадки или почти безлихорадочно въ 58,4%, съ незначительной лихорадкой—въ 17,4%, съ значительной—въ 23%, наконецъ, затяжное теченiе отмѣчено въ 17,7% всѣхъ случаевъ операцiи, гдѣ имѣются подробныя исторiи болѣзни.

Не подлежитъ сомнѣнiю, что такому хорошему послѣоперацiонному перiоду высокое камнесѣченiе вполнѣ обязано антисептическому уходу за оперированнымъ; получены были-бы еще лучшiе результаты, если-бы противугнилостный методъ леченiя былъ проведенъ строже, что въ большинствѣ случаевъ не могло быть исполнено, исключительно въ силу обстановки, окружавшей хирурга.

Конечно, тому же противугнилостному методу леченiя мы обязаны и весьма малымъ числомъ серьезныхъ осложненiй, наблюдавшихся въ послѣоперацiонномъ перiодѣ собраннаго матерiала.

ТАБЛИЦА VIII.

Осложненiя въ послѣоперацiонномъ перiодѣ всѣхъ 5 группъ.

№№	ОСЛОЖНЕНIЯ.	Сумма.	№№	ОСЛОЖНЕНIЯ.	Сумма.
1	Послѣдовательн. кровотеченiе.	5	14	Pyelitis.	3
2	Затекъ мочи (куда? неуказано).	1	15	Cystitis	15
3	Pericystitis съ отхожденiемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки.	10	16	Боли въ почечной области. .	7
			17	Urethritis acuta.	9
			18	Abcessus periurethralis. . . .	1
4	Нагноенiе въ брюшной ранѣ.	3	19	Ascessus penis	2

5	Нарывъ надъ Пупартовой связкой.	1	20	Balanopostitis.	2
			21	Orchitis et epididymitis . . .	1
6	Инфильтратъ влѣво отъ брюшной раны, не перешедшій въ нагноеніе.	1	22	Oedema praeputii.	1
			23	Камень въ уретрѣ.	1
			24	Отекъ лица.	1
7	Боли въ reg. subinguinale, припухлость m. m. adductorum femoris.	1	25	Ascites.	1
			26	Bronchitis acuta et chr. . .	4
			27	Pneumonia catar.	4
8	Нагноеніе подъ рубцомъ послѣ urethrotomiae externae. . .	1	28	Influenza.	1
			29	Varicella	2
9	Омертвѣніе слизистой оболочки пузыря.	1	30	Scarlatina	1
			31	Febris recurrens.	1
10	Отхожденіе осколковъ камня черезъ брюшную рану. . . .	3	32	Enteritis catar..	7
			33	Eczema вокругъ раны. . . .	9
11	Околопочечный нарывъ. . .	2	34	Erythema.	4
12	Долго не закрывающійся свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны.	2	35	Decubitus.	3
			36	Erysipelas	2
			37	Ascarides.	2
13	Pyelonephritis.	2			

Только что приведенная таблица осложненій послѣопераціоннаго періода выздоровѣвшихъ послѣ высокаго камнесѣченія указываетъ намъ, что изъ нихъ только весьма малая часть можетъ быть приписана методу операціи.

Такими осложненіями слѣдуетъ считать №№ 2, 3, 4, 5, 6 и 7 (всего 17 случ., т. е. 5,2% на весь собранный матеріалъ).

Осложненія подъ №№ 9 и 10 зависѣли отъ труднаго извлеченія камня и не могутъ быть поставлены въ упрекъ операціи; тоже слѣдуетъ сказать и объ осложненіяхъ №№ 1 и 12, которыя, конечно, наблюдаются при всякомъ другомъ методѣ литотоміи. Здѣсь снова замѣтимъ, что, помимо указанныхъ выше случаевъ операціи съ наложеннымъ пузырнымъ швомъ, гдѣ свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрывался отъ присутствія въ глубинѣ шелковаго шва, и при другихъ способахъ ухода за раной пузыря брюшная рана долго не рубцевалась отъ той-же причины; рубцеваніе наступало быстро, какъ только шелковый шевъ сшитой брюшной стѣнки отходилъ наружу.

Осложненія подъ №№ 11, 13, 14, 15 и 16 наблюдаются при всякомъ камнесѣченіи и приписывать ихъ происхожденіе тому или другому методу операціи, а также доказывать, что они встрѣчаются чаще при такой-то литотоміи, нельзя. Эти осложненія отчасти могутъ быть объяснены травмой пузыря при извлеченіи камня, отчасти не-

достаточной антисептикой его полости (*Земблиновъ* *), и, наконецъ въ большинствѣ остаются невыясненными, такъ какъ фактъ развитія nephritidis, pyelonephritidis, даже uraemiae, почти тотчасъ-же послѣ извлеченія камня у такихъ оперированныхъ, которые до операціи имѣли хорошую мочу и ни на что не жаловались, остается вполнѣ загадочнымъ. Эти случаи могутъ быть сравниваемы съ тѣми несомнѣнными, хотя и рѣдкими наблюденіями, гдѣ однократное введеніе въ уретру вполнѣ антисептическаго инструмента вызываетъ потрясающій ознобъ и повышеніе температуры до весьма высокихъ цифръ. Клиника въ этомъ случаѣ намъ указываетъ факты, для объясненія которыхъ наука еще ничего не дала.

Осложненія подъ №№ 17, 18, 19, 20, 21 и 22 вызваны были катетромъ à demeure; избѣжать ихъ врядъ ли когда либо удасться. Осложненія подъ №№ 32 и 34 вызваны повязкой, всѣ же остальныя не имѣютъ ничего общаго съ операціей.

Итакъ, всестороннее разсмотрѣніе собраннаго матеріала даетъ намъ право сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Послѣдствія, такъ называемой, мочевой инфильтраціи при высокомъ камнесѣченіи наблюдаются весьма рѣдко, что наглядно указываетъ намъ на всю цѣлесообразность тѣхъ методовъ, которые практикуются при уходѣ за пузырной раной послѣ эпицистотоміи.

2) Лучшими изъ этихъ методовъ должно считать: a) полный, b) частичный шовъ пузыря и c) два дренажа — одинъ въ пузырь, другой въ предпузырное пространство.

8. **Исходъ операціи.** Приступая къ разбору исходовъ высокаго камнесѣченія, мы подошли къ наиболѣе важной части нашей работы—оцѣнкѣ операціи. Понятно, самый строгій анализъ собраннаго матеріала долженъ руководить нами при разсмотрѣніи исходовъ sectionis altae, такъ какъ лишь только при этомъ условіи полученные выводы будутъ цѣнны и могутъ послужить для сравнительной оцѣнки различныхъ методовъ литотоміи.

Разсмотримъ сперва случаи операціи, окончившіеся выздоровленіемъ.

A. Изъ 427 случ. операціи антисептическаго періода выздоровѣло—350, выписано въ хорошемъ состояніи, но еще съ невполнѣ

*) Въ своей работѣ «Къ патологіи бактерійнаго восходящаго нефрита» д-ръ *Земблиновъ* доказываетъ, что воспаленіе почекъ можетъ быть вызвано бактеріями зараженной мочи.

зажившей брюшной раной—12, находится на излеченіи—2, исходъ неизвѣстенъ—2, умерло—61 *).

Въ громадномъ большинствѣ выздоровленіе послѣ эпицистотоміи было полное, безъ всякихъ послѣдующихъ осложненій; только въ 11 случ. оно было неполное.

Чаще всего къ неполному выздоровленію должны быть отнесены случаи выздоровленія *со свищемъ на мѣстѣ разрѣза брюшной стѣнки;* такихъ случаевъ—5 (№№ 110, 180, 183, 185, 199). Кромѣ нихъ еще 2 оперированныхъ выздоровѣли со свищами на промежности (№№ 66, 122): послѣ неудачной срединной литотоміи и послѣ боковаго разрѣза, сдѣланнаго для извлеченія рецедива камня, помѣстившагося подъ рубцомъ lithotomiae lateralis.

Къ наиболѣе рѣдкому неудачному исходу операціи должно быть отнесено *образованіе грыжъ на мѣстѣ разрѣза брюшной стѣнки*; такихъ случаевъ 2 (№№ 118, 195). Въ 1-мъ изъ нихъ на 60 д. послѣ операціи, при кашлѣ, можно было замѣтить незначительное выпячиваніе верхняго отдѣла рубца; во 2-мъ, тоже на 60 д., при продолжительномъ поносѣ и кашлѣ, рубецъ началъ мало по малу растягиваться, такъ что ко дню выписки (черезъ 169 д.) у оперированнаго на мѣстѣ брюшной раны образовалась грыжа величиною въ большой кулакъ, потребовавшая назначенія особаго бандажа.

2 раза оперированные выздоровѣли *съ задержаніемъ мочи*, которое наблюдалось и до операціи (№№ 17, 41).

Здѣсь-же мы должны отмѣтить 4 неудачныхъ исхода, обнаружившихся спустя долгое время послѣ операціи.

№ 109. Черезъ 2 г. послѣ эпицистотоміи, при длительномъ заживленіи раны брюшной стѣнки путемъ грануляцій (на 6 д. всѣ швы разошлись), у оперированнаго рубецъ настолько растянулся, что пузырь выпячивается надъ лобкомъ въ видѣ грыжи, величиною въ полъ яблока; она не причиняетъ никакихъ страданій.

№ 138. Черезъ 7 мѣс. надъ симфизомъ появился тонкій свищъ, черезъ который иногда выдѣляется капля сукровичной жидкости, вѣроятно въ зависимости отъ присутствія нити въ глубинѣ подъ рубцомъ. *Пузырная рана шита кэтгутомъ и шелкомъ.*

№ 186. Черезъ 4 мѣс. надъ симфизомъ образовался тонкій свищъ, черезъ который иногда моча выдѣляется весьма обильно. Въ этомъ случаѣ рана брюшной стѣнки была *сшита шелковымъ швомъ* до дренажа и зажила per primam.

№ 248. Черезъ 4 мѣс. послѣ операціи, во время брюшнаго тифа, ру-

*) При вычисленіи % смертности, ради полученія наиболѣе вѣрныхъ цифръ послѣдніе 16 случ. не будутъ взяты въ разсчетъ.

бецъ разошелся, образовался свищъ, который зажилъ спустя 2 мѣсяца. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ рана брюшной стѣнки не была сшита.

Резюмируя только что сказанное, мы приходимъ къ заключенію, что 1) неполное выздоровленіе при высокомъ камнесѣченіи заключается въ образованіи свища или грыжи на мѣстѣ рубца послѣ брюшной раны, 2) чаще наблюдается свищъ и 3) неполное выздоровленіе принадлежитъ къ числу рѣдкихъ исходовъ операціи: свищи наблюдались въ 2,3%, а грыжи—въ 0,9% всего числа выздоровѣвшихъ послѣ эпицистотоміи.

Какая, однако, ближайшая причина этихъ исходовъ и можно ли ихъ избѣжать? Отвѣтить трудно.

Исторіи болѣзни оперированныхъ, выздоровѣвшихъ невполнѣ, указываютъ, что изъ 5 свищей, съ которыми оперированные были выписаны — 3 образовались послѣ неудачнаго шелковаго шва. Въ 3-хъ случ. свищей, появившихся спустя долгое время послѣ sectionis altae, 1 разъ свищъ образовался при неудачномъ пузырномъ швѣ, наложенномъ кэтгутомъ и шелкомъ и брюшной ранѣ, сшитой также шелкомъ, 1 разъ—при дренажѣ пузыря и сшитой брюшной ранѣ и 1 разъ—при дренажѣ пузыря и несшитой брюшной ранѣ.

Оказывается, что всего чаще рана послѣ sectionis altae не заживала и оставляла послѣ себя свищи при неудачномъ пузырномъ шелковомъ швѣ. Имѣемъ-ли мы право приписывать неудачу исключительно шелковому шву—сказать трудно; тѣмъ не менѣе подмѣченный фактъ, о чемъ мы уже упоминали выше, говоритъ самъ за себя; практическая же важность его—несомнѣнна.

Все только что сказанно касается свищей. Предохранить оперированнаго отъ образованія грыжи рубца возможно всегда, такъ какъ наблюденіе показываетъ, что 1) изъ 3-хъ грыжъ рубца 2 образовались при несшитой ранѣ, гдѣ заживленіе шло путемъ грануляцій, 2) въ 1 случ. грыжи рана брюшная была расширена въ бока и надрѣзаны прямыя мышцы живота, 3) въ 2-хъ случ. грыжъ въ исторіи болѣзни отмѣчены кашель и продолжительный поносъ.

Сапоставивъ все это вмѣстѣ, становится яснымъ, какъ способъ образованія грыжи рубца, такъ и то, что нужно дѣлать во избѣжаніе непріятнаго исхода операціи; если же мы припомнимъ изъ нашего матеріала, а также литературы, случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины при несшитой брюшной ранѣ, то сшиваніе ее до дренажа сдѣлается для насъ обязательнымъ.

B. Для большаго удобства разсмотрѣнія случаевъ, окончившихся

смертью, весь матеріалъ распредѣленъ на 4 таблицы: IX и X-я указываютъ летальные исходы по группамъ, принятымъ нами для обозначенія степени пораженія пузыря и почекъ, XI и XII-я даютъ намъ свѣдѣнія о смертности послѣ высокаго камнесѣченія по возрасту оперированныхъ и по вѣсу извлеченнаго камня.

ТАБЛИЦА IX.

Смертность послѣ высокаго камнесѣченія по группамъ.

I Группа 226 случаевъ.	Peritonitis—2 Peritonitis et erysipelas—1. Haemorrhagia—1. Pyelonephritis—2. Uraemia—1. Erysipelas—1. Жировое перерожденіе сердца—1. Dysenteria—1. Pneumonia catar.—1. Scarlatina, morbilli et pneumonia catar.—1. Enteritis follic. et bronchitis chr.—1. Причина смерти не выяснена—2. По признакамъ peritonitis—7.	22
II Группа 68 случаевъ.	Uraemia—1. Pyelonephritis bilateralis—1. Cystitis gravis, nephritis interstit. levis—1. Cystitis, pyelitis, enteritis leves, hyperaemia renum.—1. Erysipelas et gangraena scroti—1. Septicaemia ex otitide media, pyelonephritis, cystitis et enteritis leves—1. Причина смерти не выяснена, но по признакамъ peritonitis—4.	10
III Группа 67 случаевъ.	Peritonitis—2. Uraemia—2. Pyelonephritis et nephrolithiasis—2. Pyelonephritis—3. Pneumonia crouposa—1. Pneumonia catar.—1. Причина смерти не выяснена—3. По признакамъ peritonitis—2, pyelonephritis—1.	17
IV Группа 8 случаевъ.	Pyelonephritis—1. Причина смерти не выяснена, но въ исторіи болѣзни отмѣчены pericystitis et colitis suppurativa—1.	2
V Группа 28 случаевъ.	Nephritis parench. chr., colitis ulcer. chron., pneumonia chr., tuberculosis apices utriusque pulmon., pneumonia catar. acuta lobi infer. duplex, pleuritis purulenta sin.—1. Причина смерти не выяснена—2.	3
VI Группа 30 случаевъ.	Peritonitis—1. Pyelonephritis—1. Инфильтрація мочей и гноемъ лѣвой половины брюшной стѣнки—1. Шокъ—1. Причина смерти не выяснена—3.	7
Всего причиной смерти во всѣхъ группахъ были:	Peritonitis—5. Peritonitis et erysipelas—1. Haemorrhagia—1. Uraemia—4. Pyelonephritis—8. Pyelonephritis et nephrolithiasis—2. Инфильтрація мочей и гноемъ лѣвой половины брюшной стѣнки—1. Cystitis gravis, nephritis interstit. levis—1. Cystit., pyelitis, enteritis leves, hyperaemia renum—1. Erysipelas—1. Erysipelas et gangraena scroti—1. Pneu-	61

	monia crouposa—1. Pneumonia catar.—3. Scarlatina, morbilli et pneumonia catar.—1. Septicaemia et otitide media, pyelonephritis, cystitis et enteritis leves—1. Dysenteria—1. Enteritis follic. et bronchitis chr.—1. Жировое перерожденіе сердца—1. Шокъ—1. Причина смерти не выяснена—10. По признакамъ: Peritonitis—13. Pyelonephritis—1, Pericystitis et colitis suppurat.—1.

ТАБЛИЦА X.

% смертности послѣ высокаго камнесѣченія.

(Высчитанъ, исключивъ 16 случ. неполнаго выздоровленія и 12 смертныхъ случ., гдѣ летальный исходъ не зависѣлъ отъ операціи).

Группы.	Число случаевъ.	Умерло.	% смертности.	Группы.	Число случаевъ.	Умерло.	% смертности.
I	210	16	7,6	IV	8	2	25,0
II	64	8	12,5	V	24	2	8,3
III	64	15	23,4	VI	29	6	20,7

ИТОГО: 399 случ., умерло 49, % смертности=12,3.

Таблицы IX и X позволяютъ намъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Изъ всѣхъ 61 случ. собраннаго матеріала, окончившихся смертью, только 49 разъ летальный исходъ можетъ быть приписанъ операціи. Въ 12 случ. (erysipelas—2, pneumonia crouposa—1, pneumonia catar.—3, scarlatina—1, septicaemia ex otitide media—1, dysenteria—1, enteritis follicul.—1, жировое перерожденіе сердца—1, шокъ—1) причина смерти не имѣла никакой связи съ высокимъ камнесѣченіемъ.

2) Наименьшая смертность послѣ высокаго камнесѣченія въ 7,6% дала I группа случ. (хорошая моча), наибольшую же въ 25%—IV группа случ. (рецедивы камней).

3) Пузырно-простатическіе камни, камни въ дивертикулахъ, охваченные плотно стѣнками пузыря, а также осложненные новообразованіями его, не смотря на то, что въ этихъ случаяхъ моча по большей части плоха, дали послѣ высокаго камнесѣченія весьма малый % смертности, а именно—8,3.

4) Вообще смертность послѣ эпицистотоміи антисептическаго періода=12,3%.

5) Наиболѣе частая причина смерти послѣ sectionis altae зависѣла отъ воспаленія брюшины,—рѣже отъ глубокихъ измѣненій мочевыхъ путей.

Основываясь на первомъ выводѣ, въ слѣдующихъ таблицахъ мы будемъ высчитывать % смертности по возрасту оперированныхъ и по вѣсу извлеченныхъ камней, взявъ во вниманіе только случаи смерти, несомнѣнно зависѣвшіе отъ высокаго камнесѣченія, и исключивъ изъ числа выздоровѣвшихъ тѣхъ оперированныхъ, которые или выписаны не вполнѣ окончивъ леченія, или находятся на излеченіи; наконецъ, тѣхъ, исходъ sectionis altae которыхъ неизвѣстенъ (всего такихъ 16 случ.).

ТАБЛИЦА XI.

Смертность послѣ высокаго камнесѣченія по возрасту оперированныхъ.

Отъ 1 до 5 лѣтъ.	109 случ.	Peritonitis acuta—3. Peritonitis et erysipelas—1. Haemorrhagia—1. Pyelonephritis—1. Cystitis gravis, nephritis interst. levis—1. Причина смерти не выяснена—1. По признакамъ peritonitis—4.	Итого 12. % смертности=10,3.
Отъ 5 до 10 лѣтъ.	109 случ.	Peritonitis—1. Uraemia—1. Pyelonephritis et nephrolithiasis—1. Pyelonephritis—2. Cystitis, pyelitis, enteritis leves, hyperaemia renum—1. По признакамъ peritonitis—3.	Итого 9. % смертности=8,3.
Отъ 10 до 15 лѣтъ.	42 случ.	Pyelonephritis et nephrolithiasis—1. Причина смерти невыяснена—1. По признакамъ peritonitis—2.	Итого 4. % смертности=9,5.
Отъ 15 до 20 лѣтъ.	24 случ.	Причина смерти невыяснена—1. По признакамъ peritonitis—1.	Итого 2. % смертности=8,3.

Отъ 20 до 25 лѣтъ.	30 случ.	Uraemia—1. Pyelonephritis—2. Причина смерти невыяснена—1. По признакамъ pericystitis et colitis suppur—1.	Итого 5. % смертности=16,7.
Отъ 25 до 45 лѣтъ.	32 случ.	Инфильтрація мочей и гноемъ лѣвой половины брюшной стѣнки—1. Pyelonephritis—1. Причина смерти невыяснена—2. По признакамъ peritonitis - 3.	Итого 7. % смертности=21,9.
Отъ 45 до 83 лѣтъ.	21 случ.	Uraemia—2. Причина смерти невыяснена—2. По признакамъ peritonitis—1.	Итого 5. % смертности=23,8.
Года не обозначены.	32 случ.	Peritonitis — 1. Pyelonephritis — 2. Причина смерти не выяснена—2.	Итого 5. % смертности=15,6.
Общій % смертности=12,3.			

Таблица X даетъ намъ нѣсколько весьма интересныхъ выводовъ, а именно:

1) Въ возрастѣ отъ 1 г. до 20 л. смертность послѣ высокаго камнесѣченія почти одна и таже: отъ 8,3 до 10,3%.

2) Начиная съ 20 л., % смертности постепенно увеличивается и доходитъ въ возрастѣ пожиломъ и старческомъ до 23,8.

3) Наиболѣе частой причиной смерти послѣ высокаго камнесѣченія должно считать воспаленіе брюшины и различныя страданія мочевыхъ органовъ.

4) Только въ 2 случ. всего собраннаго матеріала причина смерти послѣ эпицистотоміи непосредственно зависѣла отъ мочевой инфильтраціи.

5) Въ возрастѣ отъ 1 г. до 5 л. наиболѣе частая причина смерти—воспаленіе брюшины; въ этой большой группѣ случаевъ $^3/_4$ всѣхъ летальныхъ исходовъ зависѣли отъ peritonitidis и только 2 раза—отъ тѣхъ или другихъ страданій мочевыхъ путей.

6) Въ возрастѣ отъ 5 до 10 л. воспаленіе брюшины встрѣчается хотя въ $^1/_2$ всѣхъ смертныхъ случаевъ, но все же здѣсь оно рѣже, чѣмъ въ возрастѣ до 5 л. Большая половина летальныхъ исходовъ этой группы уже зависитъ отъ болѣе или менѣе глубокаго пораженія мочевыхъ органовъ.

7) Совершенно тоже самое наблюдается и во всѣхъ остальныхъ возрастахъ.

8) Мнѣніе, по которому дѣтскій возрастъ считается наиболѣе пригоднымъ для высокаго камнесѣченія, будто-бы дающимъ послѣ

операціи лучшіе результаты—несправедливо. Въ исходѣ операціи играетъ главную роль не возрастъ больнаго, а степень пораженія его мочевыхъ путей, продолжительность болѣзни. Если говорить, что въ раннихъ возрастахъ sectio alta даетъ лучшіе результаты, чѣмъ въ остальныхъ, то это слѣдуетъ понимать въ томъ смыслѣ, что въ раннихъ возрастахъ продолжительность болѣзни меньше, а отсюда и состояніе мочевыхъ органовъ лучше, и наоборотъ. Ясно, что подтверждается и наблюденіями, дѣти съ плохой мочей дадутъ послѣ эпицистотоміи бóльшую смертность, чѣмъ взрослые, моча которыхъ хороша и мочевые органы болѣе или менѣе въ порядкѣ.

Не меньшій интересъ по своимъ выводамъ представляетъ и слѣдующая таблица смертности послѣ высокаго камнесѣченія по вѣсу извлеченныхъ камней.

Для того, чтобы составить эту послѣднюю таблицу наиболѣе наглядною, мы распредѣлили весь собранный матеріалъ съ точно обозначеннымъ вѣсомъ камня на 8 группъ, а именно: *1*) смертность при камняхъ, вѣсомъ до и въ 1/2 драхмы (1,86 grm.), *2*) до и въ 1 драхму (3,7 grm.), *3*) до и въ 2 драхмы (7,5 grm.), *4*) до и въ 1/2 унціи (15,0 grm.), *5*) до и въ 1 унцію (30,0 grm.), *6*) до и въ 2 унціи (60,0 grm.), *7*) до и въ 3 унціи (90,0 grm.) и *8*) выше 3 хъ унцій (выше 90,0 grm).

Согласно раньше сказанному, мы исключили также и изъ этой таблицы 16 случ. неполнаго выздоровленія, равно и тѣ смертные случаи, гдѣ причина летальнаго исхода не имѣла ничего общаго съ операціей; при оцѣнкѣ же таблицы къ полученнымъ выводамъ сочли умѣстнымъ и интереснымъ присоединить и выводы о среднемъ вѣсѣ камней таблицы VII.

ТАБЛИЦА XII.

Смертность послѣ высокаго камнесѣченія по вѣсу извлеченныхъ камней.

Группы.	Вѣсъ камней.	Число случ.	Умерло.	ПРИЧИНА СМЕРТИ.	% смертности.
1	До и въ 1,86 grm.	30	2	Peritonitis—2 (I, II).	6,6
2	До и въ 3,7 grm.	49	3	Peritonitis (III), Peritonitis et erysipelas (I). По признакамъ peritonitis (II).	6,1

3	До и въ 7,5 grm.	63	4	Peritonitis (I). Pyelonephritis (II), Cystitis, pyelitis, enteritis, leves, hyperaemia renum (II), Причина смерти не выяснена (I).	6,4
4	До и въ 15,0 grm.	62	4	Haemorrhagia(I).Причина смерти не выяснена—1. По признакамъ peritonitis—2.	6,5
5	До и въ 30,0 grm.	40	9	Peritonitis (III) Uraemia (II), Pyelonèphritis—2 (I, III). Cystitis gravis, nephritis interstit. levis (II). По признакамъ peritonitis—3 (I, II, III). По признакамъ pericystitis et colitis (IV).	22,5
6	До и въ 60,0 grm.	34	4	Pyelonephritis (III). Причина смерти не выяснена (I). По признакамъ peritonitis—2 (II, III).	11,8
7	До и въ 90,0 grm.	8	3	Uraemia (III). Причина смерти не выяснена (I). По признакамъ peritonitis (III).	37,5
8	Выше 90,0 grm.	14	7	Uraemia—2 (III) Pyelonephritis (IV). Причина смерти не выяснена—4 (I, III, V, V).	50

Тщательное разсмотрѣніе только что приведенной таблицы, а также таблицы VII, даютъ намъ право сдѣлать нѣсколько интересныхъ выводовъ. Вотъ они:

1) Съ возрастомъ больнаго постепенно увеличивается вѣсъ камня; такъ, въ возрастѣ до 5 л. среднiй вѣсъ камня—6,6 grm., въ возрастѣ отъ 5 до 10 л. онъ уже 10,7 grm., въ возрастѣ отъ 10 до 15 л.—18,2 grm. и т. д. Наростаніе вѣса камня соотвѣтственно увеличенію возраста больнаго, начиная съ 25 л. и далѣе, идетъ въ собранномъ матеріалѣ не такъ правильно, какъ до 25 л. возраста, что вѣроятно зависитъ отъ малаго числа случаевъ. Тѣмъ не менѣе и здѣсь замѣчается та-же связь между увеличеніемъ вѣса камня и возрастомъ больнаго; такъ что, чѣмъ старше больной и продолжительнѣе болѣзнь, тѣмъ болѣе по вѣсу его камень.

2) При камняхъ вѣсомъ меньше унціи моча больныхъ по большей части хороша и указываетъ на удовлетворительное состояніе пузыря и почекъ. Оперированные этой группы—почти исключительно дѣтскаго возраста, съ непродолжительными страданіями и хорошимъ питаніемъ.

3) При камняхъ вѣсомъ больше унціи моча больныхъ по большей части плоха и указываетъ на сильное пораженіе мочевыхъ путей. Оперированные этой группы—чаще всего взрослаго, пожилаго возраста, истощены и страдаютъ давно.

4) Наиболѣе частая причина смерти послѣ высокаго камнесѣченія—воспаленіе брюшины и различныя страданія мочевыхъ органовъ.

5) При камняхъ вѣсомъ до $^1/_2$ унціи смертность послѣ эпицистотоміи держится отъ 6,1 до 6,6%.

6) По мѣрѣ увеличенія вѣса камня смертность послѣ операціи увеличивается постепенно и при камняхъ въ 3 и больше 3-хъ унцій она держится отъ 37,5 до 50%.

7) При камняхъ средняго вѣса ($^1/_2$, 1, $1^1/_2$, 2 унціи) % смертности послѣ высокаго камнесѣченія=17,6.

8) При камняхъ вѣсомъ меньше унціи воспаленіе брюшины почти исключительная причина смерти оперированныхъ, такъ какъ на всѣ 13 случ. летальнаго исхода этой большой группы (204) peritonitis встрѣтился 8 разъ; рѣзкія же измѣненія пузыря и почекъ всего 2 раза, что косвеннымъ образомъ подтверждаетъ справедливость втораго вывода.

9) При камняхъ вѣсомъ больше унціи воспаленіе брюшины встрѣчалось значительно рѣже, на 23 случ. смерти этой группы (96) peritonitis отмѣченъ 7 разъ. Здѣсь чаще летальный исходъ зависѣлъ отъ тѣхъ или другихъ страданій мочевыхъ путей, что опять таки косвеннымъ образомъ подтверждаетъ справедливость третьяго вывода.

10) Безпристрастная оцѣнка матеріала таблицъ VII и XII даетъ намъ право сказать, что въ довольно значительномъ числѣ случаевъ высокое камнесѣченіе было выполнено безъ строгихъ показаній, ради удаленія камней вѣсомъ меньше 2,0 grm. и размѣрами меньше 2 сант. Выполненіе эпицистотоміи при всякой величинѣ и размѣрахъ камня можетъ быть объяснено лишь только желаніемъ современныхъ хирурговъ сдѣлать высокое камнесѣченіе господствующимъ методомъ литотоміи.

Послѣднія таблицы (IX, X, XI и XII) дали намъ нѣсколько весьма важныхъ выводовъ, на основаніи которыхъ, въ дальнѣйшемъ, мы можемъ приступить къ оцѣнкѣ операціи. Теперь же кратко резюмируемъ наиболѣе существенное этой части нашей работы.

Не подлежитъ сомнѣнію, что наименьшая смертность послѣ высокаго камнесѣченія получена при хорошей мочѣ, небольшихъ кам-

няхъ и малой продолжительности болѣзни; наибольшая смертность при условіяхъ обратныхъ.

Въ этомъ отношеніи при эпицистотоміи мы получили тоже, что и при другихъ способахъ камнесѣченія, при которыхъ для исхода операціи всѣ перечисленныя условія, конечно, играютъ одинаково важную роль.

Также вѣрно и то, что мочевая инфильтрація при высокомъ камнесѣченіи наблюдается рѣдко, что служитъ доказательствомъ цѣлѣсообразности мѣръ, предложенныхъ для ухода за раной пузыря послѣ эпицистотоміи, вполнѣ надежно гарантирующихъ оперированныхъ отъ гибельныхъ послѣдствій мочевыхъ затековъ. Такой выводъ намъ особенно важенъ въ виду того, что мы подошли къ рѣшенію вопроса о ближайшей причинѣ смерти послѣ высокаго камнесѣченія.

Мы уже установили тотъ фактъ, что наиболѣе частой причиной смерти послѣ эпицистотоміи должно считать воспаленіе брюшины, а затѣмъ уже тѣ или другія страданія мочевыхъ органовъ. И въ этомъ отношеніи высокое камнесѣченіе не отличается отъ другихъ методовъ литотоміи, при которыхъ peritonitis и различныя страданія мочевыхъ путей являются тѣми же, часто весьма загадочными, причинами смерти послѣ операцій.

Въ самомъ дѣлѣ, ближайшая причина смерти послѣ камнесѣченій намъ кажется вообще мало понятной. Конечно, только что сказанное не касается тѣхъ случаевъ, гдѣ причина летальнаго исхода, какъ-то: кровотеченіе, большая травма, піэмія, септицэмія, глубокія паряженія мочевыхъ путей, у насъ передъ глазами; мы имѣемъ въ виду лишь только случаи смерти послѣ литотомій, наичаще наблюдаемые, гдѣ операція прошла безъ осложненій и приняты всѣ предосторожности для того, чтобы обезпечить наилучшій послѣоперационный періодъ.

Казалось бы, что тѣ или другія пораженія мочевыхъ путей являются достаточнымъ объясненіемъ летальныхъ исходовъ послѣ камнесѣченій, но и здѣсь выступаютъ на очередь вопросы, для которыхъ отвѣта нѣтъ. Какъ объяснить, что литотоміи вызываютъ обострѣніе страданій почекъ? Почему послѣ литотоміи нерѣдко урэмія развивается крайне быстро? Какъ объяснить тѣ случаи смерти послѣ литотомій, безъ всякихъ явленій урэміи, гдѣ самое тщательное вскрытіе умершихъ не обнаруживаетъ ничего кромѣ слабой гипереміи почекъ, легкаго піэлита, цистита, т. е. такихъ пораженій моче-

выхъ органовъ, при которыхъ больные безъ операціи живутъ долгіе годы?

Не менѣе трудно объяснить и развитіе воспаленія брюшины послѣ литотомій.

Если намъ понятно развитіе peritonitidis послѣ камнесѣченій въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ почки представляютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженныя болѣзненныя измѣненія, такъ какъ связь между заболѣваніями почекъ и серозныхъ покрововъ установлена клиницистами, то тѣ случаи, гдѣ воспаленіе брюшины развивается при относительно здоровыхъ почкахъ и пузырѣ, при хорошей мочѣ и общемъ состояніи оперированнаго, остаются вполнѣ загадочными.

Для объясненія этого воспаленія брюшины мы можемъ дѣлать одни только предположенія.

Оно можетъ быть вызвано или мочевой инфильтраціей, или заразой, или травмой. Первая причина должна быть исключена, такъ какъ мочевая инфильтрація наблюдается крайне рѣдко, при томъ нормальная или мало измѣненная моча — невредна. Остаются два другихъ момента для объясненія развитія peritonitidis и эти два момента, sepsis и травма, по нашему мнѣнію, имѣютъ не одинаковое значеніе и цѣну въ объясненіи развитія воспаленія брюшины.

Если строгимъ выполненіемъ всѣхъ правилъ антисептики мы можемъ вполнѣ обезпечить оперированнаго отъ заноса въ рану септическихъ началъ, то уничтожить вліяніе травмы при литотоміяхъ вообще и въ частности высокомъ камнесѣченіи — гораздо труднѣе, а въ иныхъ случаяхъ прямо невозможно. Конечно, строгое выполненіе всѣхъ правилъ, выработанныхъ современной техникой эпицистотоміи, гарантируетъ насъ навѣрное отъ раненія peritonei, но таже техника не всегда обезпечиваетъ насъ отъ травмы брюшины, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она видна въ ранѣ и гдѣ ее приходится удерживать. Близость брюшины къ району нашихъ манипуляцій есть невыгодная сторона эпицистотоміи; въ этомъ отношеніи она является наиболѣе опасной изъ всѣхъ остальныхъ способовъ камнесѣченія.

Вотъ почему примѣнять высокое камнесѣченіе при каждомъ камнѣ нѣтъ достаточныхъ основаній и безпристрастная оцѣнка различныхъ методовъ литотоміи не позволяетъ намъ ни на минуту представить себѣ того момента, когда не только высокое камнесѣченіе, но и всякое другое будетъ господствующимъ методомъ литотоміи.

Если вѣрно, что шаблонное отношеніе къ дѣлу можетъ только

принести вредъ больному и дискредитировать науку, если вѣрно, что дальнѣйшее развитіе нашей науки, а отсюда и большая польза больному возможны только при постоянномъ наблюденіи, анализѣ и строгой критикѣ каждаго отдѣльнаго случая того или другаго страданія, то не будетъ большой ошибкой сказать, что нигдѣ нѣтъ такой настоятельной необходимости въ этомъ анализѣ и критикѣ, какъ въ выборѣ оперативнаго метода при леченіи каменной болѣзни. Только при такомъ условіи возможенъ наилучшій успѣхъ.

IV.

Согласно ранѣе намѣченному плану, мы приступаемъ теперь къ описанію наилучшаго метода высокаго камнесѣченія. Отмѣченныя въ нашихъ таблицахъ осложненія во время операціи даютъ намъ возможность указать: какой способъ эпицистоміи является наилучшимъ, наибезопаснымъ; этимъ методомъ должно пользоваться при выполненіи высокаго камнесѣченія.

Исторія постепеннаго усовершенствованія sectionis altae весьма интересна, а потому мы и позволяемъ себѣ сдѣлать возможно краткій обзоръ предложенныхъ методовъ операціи *).

Какъ мы увидимъ ниже, способовъ оперировать высокимъ сѣченіемъ предложено множество, но всѣ они могутъ быть распредѣлены на двѣ большія группы: 1) операція sectionis altae—въ одинъ пріемъ, при чемъ разрѣзъ пузыря дѣлается или отъ руки или при помощи спеціально изобрѣтенныхъ для этого инструментовъ, и 2) — въ два пріема.

Начнемъ съ первой.

---

*) При составленіи этого очерка мы пользовались нѣсколькими источниками, но главнымъ образомъ работой *Bouley*, о которой *Thompson* сказалъ, что въ ней историческій очеркъ операціи очень полно и заботливо составленъ». Интересующихся болѣе подробно этимъ вопросомъ отсылаемымъ къ работамъ *Günther*'а. Крайне заботливо подобрана литература о высокомъ камнесѣченіи въ недавно вышедшей работѣ *J. Smits*. [135]) У насъ сдѣланъ краткій очеркъ операціи *Максимовымъ* и отчасти *Круглевскимъ* (по работамъ *Günther*'а).

Операція въ 1 пріемъ. *Pierre Franco* (1560), впервые сдѣлавшій высокое камнесѣченіе, не имѣлъ какого либо определеннаго и заранѣе обдуманнаго плана операціи; онъ выполнилъ ее случайно. Не будучи въ состояніи извлечь камня обыкновеннымъ способомъ у ребенка 2-хъ лѣтъ, не желая, чтобы про него сказали, что онъ не могъ окончить операціи, онъ рѣшился удалить его черезъ разрѣзъ надъ лобкомъ. Ребенокъ выздоровѣлъ, но *P. Franco* не совѣтуетъ прибѣгать къ такому способу: «combien je ne conseille à homme d'ainsi faire.»

Однако, совѣтъ этотъ не былъ принятъ и черезъ 20 лѣтъ (1580 г.) мы имѣемъ описаніе метода операціи, разработаннаго *Rousset*, который всего ближе подходитъ къ практикуемому въ настоящее время. При немъ операціи предшествовало наливаніе пузыря, какъ съ цѣлью приподнятія его изъ за лобка, такъ и съ цѣлью удаленія складки брюшины. Пузырь вскрывался бистури, не доходя до шейки; въ случаѣ нужды разрѣзъ расширялся вверхъ, но во избѣжаніе раненія брюшины этотъ дополнительный разрѣзъ не должно было вести далеко, а также дѣлать его всегда подъ защитой пальца, удерживающаго брюшинную складку. Разрѣзавъ пузырь и опредѣливъ положеніе камня пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку или влагалище, его приподнимали кверху и затѣмъ извлекали. Для стока мочи въ уретру вставлялся катетръ.

Можно съ положительностью сказать, что со временъ *Rousset*, sectio alta дѣлалась почти всегда при наполненномъ и расширенномъ пузырѣ. Для этого или примѣнялось наливаніе пузыря, или же того же самого достигали, заставляя больныхъ передъ операціей обильно пить воду, мочегонныя средства и удерживаться отъ испражненія мочи. (*Winslow* 1728, *Heister* 1732, *Bell* 1805 г.) Съ этою же цѣлью *Solingen* (1693 г.) предложилъ надувать пузырь воздухомъ помощью раздувательныхъ мѣховъ.

Методъ *Rousset* не могъ не быть оцѣненъ современными ему хирургами, почему случаи примѣненія sectionis altae дѣлались съ того времени все чаще и чаще, и французскіе хирурги просили парламентъ ввести операцію въ общее употребленіе. Парламентъ поручилъ извѣстному въ то время литотомисту *François Collot* представить оцѣнку операціи, который, «разсмотрѣвъ производство сей операціи, донесъ, что вырѣзываніе камня надъ лобковыми костями чрезвычайно опасно и часто стоитъ жизни больнымъ; почему и повелѣно было объявить врачамъ, чтобы никто болѣе не отважился предпри-

нимать оную. Не смотря на сіе повелѣніе, нѣкоторые врачи дѣлали сію операцію; однако же впослѣдствіи вовсе оставили сей способъ, какъ по причинѣ смертельныхъ исходовъ, такъ и по причинѣ показавшагося новаго метода операціи» (*Буяльскій*, стр. 8).

Въ 1707 г. *Dionis* предложилъ почти такой же методъ операціи, что и *Rousset*, но кромѣ того совѣтывалъ держать оперированнаго въ постели, по возможности въ сидячемъ положеніи, для того, чтобы моча не касалась раны и не мѣшала ея заживленію, а также чтобы былъ болѣе полный стокъ мочи черезъ уретру.

Ledran (1730 г.), во избѣжаніе раненія брюшины, предложилъ дѣлать не продольное, а поперечное сѣченіе пузыря. *Palluzi* (1750), съ цѣлью большей гарантіи оперированнаго отъ затековъ мочи, предложилъ проколъ промежности и отведеніе чрезъ него изъ пузыря мочи посредствомъ особой трубки; онъ же совѣтывалъ сшивать рану брюшной стѣнки.

Frére Côme, знаменитый изобрѣтатель lithotome caché, горячій защитникъ высокаго сѣченія, оперировалъ первое время по способу *Rousset*. Вскорѣ, однако, талантливый хирургъ и для sectionis altae изобрѣлъ особый инструментъ—стрѣловидный зондъ, при которомъ уже нѣтъ надобности наливать пузырь. Безъ всякаго сомнѣнія побудительной причиной къ изобрѣтенію этого зонда послужили тѣ несчастные случаи разрыва пузыря, которые стали извѣстны хирургамъ при чрезмѣрномъ его наполненіи передъ операціей sectionis altae. *Frére Côme*, оперируя съ успѣхомъ первое время лишь женщинъ, которымъ онъ послѣ операціи вводилъ въ уретру для стока мочи прямую канюлю, впослѣдствіи сталъ примѣнять boutonniére перепончатой части мочеиспускательнаго канала, которая въ одно и то-же время служила, какъ для проведенія стрѣловиднаго зонда, такъ и для стока мочи при помощи особой вставленной прямой канюли.

Изобрѣтенный *F. Côme* стрѣловидный зондъ подвергся впослѣдствіи весьма многимъ видоизмѣненіямъ.

Deschamps (1769 г.), все въ томъ же желаніи предохранить оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, предложилъ отводить мочу послѣ операціи проколомъ пузыря черезъ прямую кишку и особую кишечно-пузырную трубку.

Gelher (1806) предложилъ дѣлать разрѣзъ брюшной стѣнки не по linea alba, а поперекъ прямыхъ и пирамидальныхъ мышцъ, затѣмъ сшиваніе пузыря съ брюшной стѣнкой. *Drivon* (1824), во из-

бѣжаніе раненія сѣменныхъ сосудовъ (?!) совѣтывалъ дѣлать разрѣзъ брюшной стѣнки по наружной сторонѣ лѣвой прямой мышцы.

Въ 1826 г. *Pinel-Grandchamp*, какъ мы уже видѣли раньше, первый предложилъ пузырный шовъ. Къ этому же времени относится множество изобрѣтенныхъ инструментовъ для sectionis altae; такъ *Amussat* вводилъ послѣ операціи въ нижній уголъ раны особую продырявленную и согнутую толстую трубку; впослѣдствіи къ этой трубкѣ *Rigal* приспособилъ родъ рубашки изъ особой ткани, предназначенную, послѣ того какъ ее раздуваютъ воздухомъ, плотно закрывать рану пузыря. *Souberbielle* при своихъ многочисленныхъ операціяхъ эпицистотоміи пользовался сифономъ-аспираторомъ, длиннымъ катетромъ, оставляемымъ въ уретрѣ на возможно долгое время. *Franc* (1835) вмѣсто стрѣловиднаго зонда придумалъ особый катетръ съ тремя эластическими вѣтвями, которыя, раздвигаясь въ пузырѣ на подобіе зонтика, расширяли-бы и поднимали пузырь. Онъ же предложилъ поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки и пузыря. Къ этому поперечному разрѣзу брюшной стѣнки *Olivarès* (1847) прибавляетъ еще продольный, такъ что его разрѣзъ является теобразнымъ, выгода котораго заключается въ лучшемъ освѣщеніи поля операціи.

Heurteloup (1850) предложилъ вводить въ пузырь черезъ брюшную рану особую трубку съ баллономъ на концѣ; раздувая баллонъ и слегка вытягивая его наружу, мы тѣмъ самымъ могли закрыть пузырную рану и препятствовать истеченію мочи въ околопузырную клѣтчатку.

Chassaignac, сдѣлавшій однажды на живомъ своимъ экразеромъ промежностную литотомію, совѣтывалъ его и для высокой. *Amussat* (1870) выполнилъ однажды съ успѣхомъ эпицистотомію гальванокаустической петлей, которая была наложена сразу на пузырь и всѣ ткани брюшной стѣнки при помощи стрѣловиднаго зонда.

Dulles (1875), авторъ статистической работы о высокомъ камнесѣченіи, совѣтуетъ дѣлать наливаніе пузыря лишь послѣ того, какъ будетъ вскрыта брюшная стѣнка; выгода при такомъ способѣ операціи заключается въ томъ, что пузырь расширяется передъ глазами хирурга, который и можетъ слѣдить за его наполненіемъ.

Мультановскій (1875) въ случаѣ огромнаго камня долженъ былъ сдѣлать крестообразный разрѣзъ пузыря; тоже самое пришлось сдѣлать и *Fowler* (1878); въ обоихъ случаяхъ оперированные выздоровѣли.

Petersen (1880) вводитъ во всеобщее употребленіе свой кольпейринтеръ для расширенія прямой кишки, одновременно съ наливаніемъ пузыря. Его изслѣдованія относительно поднятія складки брюшины при помощи предлагаемаго имъ метода, безспорно, играютъ огромную роль въ распространеніи высокаго камнесѣченія.

Въ слѣдующемъ году *T. Anger* на конгрессѣ въ Лондонѣ предлагаетъ дѣлать операцію при помощи термокаутера; для этого онъ изобрѣтаетъ особый инструментъ.

Trendelenbourg, *Guyon*, *Perrier* предлагаютъ особые дренажи для ухода за пузырной раной.

Максимовъ (1876) экспериментально разработалъ вопросъ о наложеніи кэтгутоваго шва на пузырь и разъ на всегда установилъ методъ шва: шить безъ захватыванія слизистой оболочки. *Vincent* (1886), *Тилингъ* (1884), проф. *Склифосовскій* (1887) предлагаютъ свои этажные пузырные швы, *Duschastelet*, *Bouley* (1883) рекомендуютъ свои предварительные швы; почти такой-же шовъ *Bouley* рекомендуетъ и проф. *Подрезъ* (1888). *Эберманъ* (1886) предлагаетъ сшиваніе краевъ раны пузыря съ краями брюшной раны, *Z. von Antal* (1886) съ успѣхомъ примѣняетъ свой воронкообразный разрѣзъ пузыря съ наложеніемъ шва, *Brenner* (1887) изобрѣтаетъ и экспериментально разрабатываетъ кисетный шовъ; наконецъ, *Недзведскій* (1888) предлагаетъ особый кисетный шовъ, отчасти похожій на кишечный шовъ *Gely*.

Thompson (1886) даетъ описаніе практикуемаго имъ метода высокаго сѣченія, не представляющаго ничего особеннаго, кромѣ нѣсколькихъ инструментовъ, изобрѣтенныхъ имъ для этой операціи (плоскій проводникъ, сепараторъ, полый зондъ со стилетомъ), наконецъ проф. *Rydygier* осуществляетъ мысль, впервые высказанную *Кранцфельдомъ*, проф. *Склифосовскимъ*, и выполняетъ съ успѣхомъ интраперитонеальное высокое камнесѣченіе, о которомъ была рѣчь выше.

Операція въ 2 пріема. Мы только что видѣли, какая масса различныхъ предложеній была сдѣлана для выполненія высокаго камнесѣченія; заботы предохранить оперированныхъ отъ мочевыхъ затековъ побудили хирурговъ предложить оперативный методъ, при которомъ пузырь вполнѣ изолировался отъ окружающей его клѣтчатки; такимъ образомъ народился методъ операціи въ два пріема.

Первый, предложившій этотъ методъ, былъ *Verniere* (1826), по

которому изолированіе пузыря отъ полости брюшной достигалось помощью особаго инструмента-компрессора. Онъ состоялъ изъ двухъ пластинокъ, изъ которыхъ одна вводилась въ небольшой разрѣзъ пузыря, а другая оставалась поверхъ брюшной раны; при помощи особаго винта пластинки эти можно было сближать между собою и приводить въ соприкосновеніе края пузыря съ краями брюшной раны; по наступленіи сращенія между ними, приступали къ окончанію операціи.

Vidal de Casis (1843) предложилъ оперировать слѣдующимъ образомъ: дойдя до пузыря, операція оканчивалась, въ рану клался кусокъ корпіи, который своимъ раздраженіемъ вызывалъ воспаленіе въ окружающихъ тканяхъ, появленіе грануляціонной ткани. Только послѣ появленія этой ткани (дней черезъ 8) приступали къ вскрытію пузыря. Впослѣдствіи *Vidal* замѣнилъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ повторнымъ прижиганіемъ ихъ вѣнскимъ тѣстомъ до тѣхъ поръ, пока струпъ отъ прижиганія не распространился до пузыря; добившись такого сращенія, оканчивали операцію.

Способъ автора нашелъ примѣненіе, но скоро былъ брошенъ по своей мучительности и опасности. Однако *Valette* (1857) нѣсколько усовершенствовалъ способъ *Vidal* тѣмъ, что примѣненіе прижигающей пасты дѣлалось лишь послѣ того, какъ пузырь былъ неподвижно фиксированъ къ брюшной стѣнкѣ. Это достигалось тѣмъ, что посредствомъ двухъ проколовъ стрѣловиднымъ зондомъ съ ушкомъ, пузырь укрѣплялся проволокой, продѣтой въ ушко инструмента, къ брюшной стѣнкѣ; остальное выполнялось какъ обыкновенно.

Въ 1881 г. *Langenbuch*, о которомъ мы только что упоминали выше, для камней большой величины предложилъ оперировать въ два пріема слѣдующимъ образомъ: надъ верхнимъ краемъ симфиза дѣлался параллельно ему разрѣзъ въ 8—10 сант., черезъ всю толщу брюшной стѣнки до пузыря. Затѣмъ въ рану захватывалась 2 пинцетами складка брюшины и разрѣзывалась параллельно кожному разрѣзу. Для большаго простора при операціи отъ обоихъ концовъ кожной раны проводятся кверху перпендикулярные разрѣзы, длиною въ 2,3 с., такъ что получался лоскутъ, сидящій на широкомъ основаніи, допускающій широкій доступъ къ пузырю. Лоскутъ этотъ заворачивается внутрь такъ, чтобы онъ заходилъ за пузырь и укрѣпляется здѣсь къ пузырю или швами или тампонадой. Черезъ 4,6 дней, когда происходила склейка раны брюшины, приступаютъ къ окончанію операціи, причемъ, если слизистая оболочка пузыря была

нормальна, то накладывался швъ пузыря, если же она утолщена или же изъязвлена, покрыта налетомъ, то ее тщательно очищали дезинфецированной губкой, острой ложечкой и проводили со стороны пузыря черезъ уретру нелатоновскій катетръ. Рана пузыря, черезъ которую извлекался камень, зашивается, а для дренажа въ пузырѣ дѣлается новое небольшое отверстіе. Дренажъ пузыря нуженъ для постоянной ирригаціи пузыря, изъ котораго та или другая антисептическая жидкость выходила обратно черезъ катетръ. Рану брюшной стѣнки слѣдуетъ оставить открытой, чтобы можно было слѣдить за заживленіемъ. При заживленіи постепенно пузырь сокращается, а вмѣстѣ съ нимъ кожный лоскутъ приближается къ симфизу. Langenbuch назвалъ свою операцію—sectio-alta plastica, s. peritoneoplastica (l. c, стр. 41—44).

Предложенный авторомъ способъ ни разу не былъ выполненъ на живомъ; онъ забытъ всѣми и его постигла та-же участь, какая, конечно, выпала на долю sectionis altae subpubicae, новому методу операціи того же хирурга.

Изъ только что приведеннаго краткаго очерка оперативныхъ методовъ, предложенныхъ съ момента возникновенія операціи и до нашихъ дней, мы видимъ, какая масса времени и труда были потрачены на изобрѣтеніе этихъ методовъ, а также различныхъ, болѣе или менѣе, остроумныхъ инструментовъ. Казалось бы, что дальнѣйшія попытки къ улучшенію техники операціи или же предложеніе какого-либо новаго оперативнаго метода — болѣе немыслимы; операціонное поле, изрѣзанное вдоль и поперекъ, казалось, не допускало уже никакихъ новыхъ разрѣзовъ, и предложеніе какого-либо новаго метода sectionis altae дѣлалось немыслимо. Однако, попытки улучшить операцію не прекращаются до самого послѣдняго времени. Какъ мы только что сказали, д-ръ *Langenbuch* [136]), авторъ новаго вида эпицистотоміи, section. altae subpubicae, будучи не въ силахъ предложить еще чего-либо новаго на изрѣзанной по всѣмъ направленіямъ надлобковой области, избралъ для своего метода подлобковую и тѣмъ открылъ новое поле для различныхъ «видоизмѣненій», «усовершенствованій» и т. д.; проф. *Rydygier* вводитъ новый видъ операціи—sectionem altam intraperitonealem. Дальше въ «улучшеніи» операціи идти нельзя, и намъ думается, что смѣлое предложеніе проф. *Rydygier'a*, ничѣмъ не оправдываемое, равно какъ sectio alta subpubica *Langenbuch'a*, не выдерживающая самой

снисходительной критики *), будутъ послѣдними попытками улучшить операцію. Истинные защитники высокаго камнесѣченія, конечно. только порадуются этому.

Эпицистотомія въ томъ видѣ, какъ она выполняется въ настоящее время большинствомъ хирурговъ,—операція вполнѣ выработанная и законченная во всѣхъ деталяхъ; современный методъ операціи настолько хорошъ, что не нуждается ни въ какихъ новыхъ усовершенствованіяхъ.

Какой-же лучшій методъ высокаго камнесѣченія? Внимательное изученіе и сопоставленіе оперативныхъ пріемовъ многихъ хирурговъ, оцѣнка встрѣтившихся при операціи осложненій, позволяютъ намъ отвѣтить на заданный вопросъ самымъ подробнымъ образомъ и указать наилучшій методъ sectionis altae.

Тщательно взвѣсивъ всѣ особенности каждаго отдѣльнаго случая, изучивъ общее состояніе больнаго, характеръ мочи, по возможности, точно измѣривъ камень и, на основаніи этого, избравъ методомъ высокое камнесѣченіе, мы должны строго выполнить все то, что можетъ намъ наилучше гарантировать успѣхъ. Всѣ наши заботы, помимо правильнаго производства операціи и тщательнаго ухода за оперированнымъ, должны быть направлены къ улучшенію мочи, общаго состоянія и температуры больнаго, ввѣряющаго намъ свою жизнь и здоровье. Изъ собраннаго матеріала видно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ приготовленіе больныхъ къ операціи практиковалось всѣми; только какъ исключеніе, операція дѣлалась или тотчасъ же, или весьма скоро по поступленіи больнаго. Такая поспѣшность объяснялась страданіями больнаго.

Оправдывается-ли, однако, такая поспѣшность? Нѣтъ. Должны ли мы удерживаться отъ немедленнаго производства операціи? Конечно. да.

При каменной болѣзни нѣтъ показаній, при которыхъ была бы необходима немедленная помощь, и есть много такихъ случаевъ, гдѣ общее состояніе больнаго, пораженіе почекъ ушли настолько впе-

*) Размѣры нашей работы не позволяютъ намъ подробно остановиться на недостаткахъ этого новаго метода эпицистотоміи. Благодаря любезности д-ра *В. И. Афанасьева*, которому приносимъ нашу искреннюю благодарность, мы имѣли возможность лѣтомъ выполнить sectionem altam subpubicam на 12 трупахъ и тщательно изслѣдовать препарированіемъ поле операціи. Результаты нашихъ изслѣдованій мы разсчитываемъ представить вниманію товарищей особо, теперь же снова повторимъ, что новое предложеніе *Langenbuck'a* не выдерживаетъ самой снисходительной критики.

редъ, что успѣхъ операціи—невозможенъ. Оперировать при этихъ условіяхъ значить дискредитировать не только себя, но и оперативный методъ. Въ прекрасной главѣ «*Показанія и противупоказанія для выбора оперативныхъ способовъ устраненія камней*» труда проф. *Богдановскаго* (l. c. стр. 243 и дальше) желающіе найдутъ многія весьма цѣнныя указанія для правильнаго выбора оперативныхъ случаевъ.

Какъ видно изъ собранныхъ случаевъ, подготовленіе къ операціи заключалось въ хорошемъ питаніи больныхъ, промываніяхъ пузыря различными дезинфецирующими жидкостями (ac. carbolic., boricum. salicyl., thymic., resorcin, сулема, эмульсія изъ іодоформа съ глицериномъ и водой), назначеніи ваннъ и внутреннемъ употребленіи ac. salicyl., natr. salicyl., natri benzoici, flor. benz. и др. Указать на преимущества какого-либо изъ этихъ средствъ—не представляется возможнымъ; всѣ они достигаютъ извѣстной цѣли.

Приготовивъ больнаго къ операціи, наканунѣ дѣлалась ванна и давалось слабительное; въ день операціи за нѣсколько часовъ ставилась клизма изъ какого либо дезинфецирующаго раствора, сбривались волосы на половыхъ органахъ и полѣ операціи, а также сосѣднія части очищались мыломъ и щеткой по правиламъ антисептики, хорошо извѣстныхъ каждому. На операціонномъ столѣ вторичный тщательный туалетъ больнаго, промываніе пузыря, а затѣмъ операція.

Методъ операціи.

1. Хлороформный наркозъ.	Онъ долженъ быть полный. При неполномъ наркозѣ, помимо неудобства въ производствѣ операціи, извлеченіи камня, наблюдались неудачи съ кольпейринтеромъ (*Тилингъ*), выпячиваніе внутренностей и брюшины въ рану (*Головачевъ*), сильное выпячиваніе складки брюшины (профес. *Склифосовскій* и др.)
2. Наливаніе кольпейринтера, а затѣмъ пузыря (по *Fehleisen'у*).	Въ пузырь жидкости меньше, чѣмъ въ кольпейринтеръ; количество жидкости, смотря по возрасту (отъ 80 до 400 куб. с.) Вмѣсто кольпейринтера полезно употреблять менѣе объемистые и болѣе нѣжные мягкіе катетры съ мягкой гутаперчевой тканью на концѣ (*Bergmann*, *Thompson*, *Войно*, *Иршикъ*.) Катетръ, посредствомъ котораго наливается пузырь, можетъ быть

оставленъ; въ иныхъ случаяхъ онъ является подспорьемъ при разрѣзѣ пузыря.

3. Разрѣзъ брюшной стѣнки. — Послойно, строго по срединной линіи живота; длина отъ 4 до 8 сант. Никогда не слѣдуетъ подсѣкать прикрѣпленіе m. rectorum или расширять рану брюшной стѣнки въ бока; послѣдствіемъ этого — грыжа рубца.

4. Разрѣзъ lineae albae. — Она вскрывается или отъ руки или по желобоватому зонду (*Bouley*, *Thompson* и др.)

5. Разрѣзъ fasciae transversae. — По зонду (*Thompson*) или же она разрывается пинцетами; также можетъ быть разрѣзана, руководствуясь клювомъ катетра, нѣсколько выпячиваемаго въ рану помощникомъ.

6. Отдѣленіе околопузырной клѣтчатки отъ стѣнки пузыря. — Производится или тупыми инструментами, или ногтемъ. При разрѣзѣ fasc. transversae обыкновенно въ верхнемъ углу раны показывается довольно большой кусокъ жирной клѣтчатки, иногда съ ясно замѣтными венами. Въ рѣдкихъ случаяхъ кусокъ этотъ настолько великъ, что полезно удалить его ножницами, иначе онъ можетъ затемнять поле операціи (*Ассендельфтъ*, *Гагенъ-Торнъ*). Складка брюшины, которая можетъ показаться въ верхнемъ углу раны, удерживается пальцемъ помощника. Понятно, — тщательная остановка кровотеченія.

7. Наложеніе на пузырь предохранительной лигатуры. — Накладывается или одна лигатура на срединѣ и выше будущаго разрѣза пузыря, или двѣ лигатуры (проф. *Коломнинъ* и др.) по бокамъ будущаго разрѣза, который, слѣдовательно, пройдетъ по срединѣ между ними. Лигатуры шелковыя должны быть длинны и удерживаться помощникомъ. Желательно проводить лигатуры только черезъ muscularis пузыря, не захватывая слизистой оболочки. Нѣтъ никакой опасности, если лигатура пройдетъ черезъ всю толщу пузыря; по опытамъ *Vincent* и *Знаменскаго* уколы пузыря, даже многочисленные, заживаютъ быстро и безъ вреда.

Удерживаніе пузыря пинцетамъ, острыми крючками (большинство хирурговъ,

Thompson) должно быть оставлено, какъ методъ весьма опасный; мы видѣли раньше (осложненія при операціи), какія неприятныя послѣдствія могутъ быть отъ невыполненія этого необходимаго акта операціи.

8. Разрѣзъ пузыря.

Въ случаѣ нужды—удлиненіе его внизъ, отнюдь не вверхъ. При этомъ актѣ слѣдуетъ избѣгать быстраго выхожденія жидкости изъ пузыря, такъ какъ при быстромъ его опорожненіи возможенъ разрывъ пузыря, брюшины. Въ нашемъ матеріалѣ есть случай, гдѣ быстро хлынувшая жидкость увлекла за собой маленькій камень, найденный лишь только черезъ 3 дня въ околопузырномъ пространствѣ. Избѣжать такого быстраго опорожненія пузыря возможно введеніемъ пальца въ пузырь, или же нѣсколько опорожнивъ, передъ разрѣзомъ, пузырь черезъ катетръ, пребываніе котораго теперь уже излишне.

9. Извлеченіе камня.

Обыкновенно весьма легко; по удаленіи камня—промываніе пузыря. Особенно тщательное промываніе его необходимо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ камень дробился.

10. Наложеніе шва пузыря, по *Тилингу* кэтгутомъ, обработаннымъ acido chromico (по *Mikulicz*). Шить слѣдуетъ круглыми иглами (по *Знаменскому*).

Въ случаѣ неудачи, или же по другимъ причинамъ, слѣдуетъ накладывать частичный шовъ съ дренажемъ или два дренажа: одинъ въ пузырь, другой въ предпузырное пространство. Наложивъ шовъ, слѣдуетъ убѣдиться, хорошо ли онъ держитъ, для чего—наливаніе пузыря. При полномъ швѣ катетръ à demeure; къ нему полезно придѣлать сифонное приспособленіе; дренажъ въ нижнемъ углу брюшной раны, положеніе на спинѣ. При частичномъ швѣ—тоже; при дренажѣ пузыря—положеніе на животѣ или боку съ приведенными ногами и согнутыми колѣнями. Шить слѣдуетъ всегда, гдѣ это только возможно.

11. Сшиваніе раны брюшной стѣнки этажнымъ швомъ: нижній кэтгутомъ, верхній шелкомъ.

Шовъ брюшной стѣнки — непремѣнное условіе правильной техники операціи. Мы видѣли уже, что грыжевидное выпячиваніе рубца наблюдается лишь при несшитой брюшной ранѣ. Какой-бы не былъ уходъ за пузыремъ, рана брюшной стѣнки сшивается до дренажа.

12 Антисептическая повязка. При полномъ швѣ повязка должна заходить далеко выше и ниже раны; при дренажѣ или частичномъ швѣ болѣе легкая антисептическая повязка, въ виду необходимости частой смѣны. Во избѣжаніе, иногда развивающейся, экземы вокругъ раны — полезно смазываніе передъ повязкой окружности раны тимолъ-вазелиномъ.

Дальнѣйшій уходъ за оперированнымъ, помимо легкой и питательной діэты, заключается въ назначеніи внутрь, смотря по надобности, тѣхъ-же средствъ, о которыхъ было говорено выше. Промыванія пузыря дѣлаются ежедневно; при пузырѣ сшитомъ эти промыванія дѣлаются крайне осторожно. Катетръ à demeure долженъ быть строго антисептиченъ; послѣ 4—5 д. постояннаго пребыванія катетра—полезно давать на 3—4 (2 раза въ сутки) часа отдыхъ уретрѣ; въ удачныхъ случаяхъ послѣ 2-хъ недѣль катетръ можетъ быть удаленъ. Смазываніе катетра мазью съ кокаиномъ дѣйствуетъ крайне успокоительно на непріятное ощущеніе присутствія инструмента въ мочеиспускательномъ каналѣ.

V.

«Статистическія данныя въ медицинѣ можно сравнить съ кушаньями изъ языковъ, которыми угощалъ Эзопъ философа Ксанфа. Они говорятъ и хорошее, и худое, смотря по тому, какъ и что заставляютъ ихъ говорить. При малѣйшемъ недосмотрѣ, неточности и произволѣ, на эти цифры можно гораздо менѣе положиться, чѣмъ на тѣ данныя, которыя основаны на одномъ общемъ впечатлѣніи, остающемся въ насъ послѣ простаго, но трезваго наблюденія случаевъ. Вотъ, это-то впечатлѣніе я и передаю въ моей книгѣ, — за неимѣніемъ неоспоримо раціональныхъ, статистическихъ данныхъ» — сказалъ великій *Пироговъ*.

Не подлежитъ сомнѣнію, что нѣтъ ничего легче играть цифрами, переставляя которыя, такъ или иначе, можно доказать все, что угодно. Но за то—вѣрно и то, что «неоспоримо раціональныя стастатистическія данныя» играютъ рѣшающую роль въ выясненіи того или другаго спорнаго вопроса. Безъ этихъ данныхъ рѣшеніе мно-

гихъ наиболѣе важныхъ и спорныхъ вопросовъ медицины, въ частности, хирургіи — невозможно. Чѣмъ можетъ подтвердить свои выводы и доводы та или другая спорящая сторона? Конечно, только цифрами, такъ какъ часто самыя блестящія теоретическія разсужденія рушатся передъ неопровержимыми цифровыми данными и безпристрастной оцѣнкой извѣстнаго числа тѣхъ или другихъ спорныхъ случаевъ.

Такая важная рѣшающая роль статистическихъ данныхъ заставляетъ быть особенно осторожными и внимательными при оцѣнкѣ того или другаго собраннаго матеріала; безпристрастіе, внимательность должны руководить работающихъ по статистикѣ въ медицинѣ; только при условіи ничего не утаивать, ничего не прибавлять, освѣщать собранный матеріалъ со всѣхъ сторонъ, возможно дать наиболѣе цѣнные выводы для рѣшенія того или другаго спорнаго вопроса.

Все только что сказанное было строго соблюдаемо нами при статистической разработкѣ вопроса о высокомъ камнесѣченіи. Какъ выполнили мы взятый на себя трудъ—судить не намъ; но, полагаемъ, никто не заподозритъ насъ въ пристрастіи или недостаточной критикѣ собраннаго матеріала, а потому и думаемъ, что тѣ выводы, которые мы могли сдѣлать по мѣрѣ нашихъ силъ, являются довольно цѣнными для рѣшенія спорнаго вопроса о выборѣ того или другаго метода литотоміи.

Камнесѣченіе всегда было и будетъ однимъ изъ наиболѣе жгучихъ вопросовъ хирургіи. Оно извѣстно съ самой глубокой древности, и съ тѣхъ поръ до послѣдняго времени постоянной заботой хирурговъ было выработать методъ операціи, которымъ наилучше, проще и безопаснѣе для больнаго могъ быть удаленъ камень. Отсюда—довольно большое число различныхъ видовъ камнесѣченія, изъ которыхъ большинство имѣетъ историческій интересъ, такъ что сравнительной оцѣнкѣ подлежатъ только три вида литотоміи: sectio lateralis, mediana и alta, почти исключительно практикуемыя въ наше время.

Эта оцѣнка крайне необходима въ виду того, что до сихъ поръ вопросъ о выборѣ того или другаго изъ трехъ указанныхъ методовъ камнесѣченія долженъ считаться далеко нерѣшеннымъ. Особенно рѣшеніе это желательно для насъ, столь богатыхъ случаями каменной болѣзни; конечно, не заграницей должно ждать рѣшенія спорнаго вопроса, а въ нашемъ отечествѣ.

Какъ мы уже видѣли раньше, только какіе нибудь 10 лѣтъ тому назадъ вопросъ о наилучшемъ способѣ литотоміи въ нашемъ отечествѣ казался вполнѣ рѣшеннымъ въ пользу боковаго разрѣза. За этотъ короткій срокъ времени взглядъ на камнесѣченіе рѣзко измѣнился; успѣхи срединнаго и высокаго разрѣза отодвинули на задній планъ вѣками освѣщенное боковое камнесѣченіе, господство котораго, казалось, не допускало и мысли о возможности выбора другихъ методовъ литотоміи. Какъ объяснить такой рѣзкій переворотъ во взглядѣ на камнесѣченіе? Объяснить не трудно. Современная хирургія быстро идетъ впередъ, вооруженная антисептическимъ методомъ ухода за оперированнымъ. Она создала много новаго и въ то же время не оставила безъ должной критики все старое. А разъ это такъ, то понятно, почему боковая литотомія должна была уступить другимъ методамъ; стоило только критикѣ коснуться до излюбленнаго разрѣза, какъ тотчасъ же обнаружились его недостатки. Конечно, недостатки эти были извѣстны и раньше, но они не выступали такъ рѣзко на видъ въ силу того, что боковая литотомія не была сравниваема съ другими методами, а разъ сравненія не было, очевидно, всякій результатъ казался законнымъ.

Такой критической оцѣнкѣ каждаго изъ методовъ камнесѣченія можно только радоваться, такъ какъ она выясняетъ сущность недостатковъ и способствуетъ усовершенствованію литотоміи. Если мы вспомнимъ исторію боковаго разрѣза, то увидимъ, что со временъ Цельсовскаго apparatus parvus и до самого недавняго времени постоянно дѣлались попытки улучшить этотъ видъ камнесѣченія; почему же горячіе защитники боковой литотоміи не считаютъ другихъ вправѣ работать надъ усовершенствованіемъ срединнаго и высокаго камнесѣченій?

Какими вѣскими доводами эти защитники обставляютъ свои возраженія противъ другихъ методовъ литотоміи? Къ сожалѣнію, мы должны сказать, что ни одно изъ этихъ возраженій не выдерживаетъ строгой критики.

Идеальныя требованія, которыя мы должны ставить литотоміи— слѣдующія: 1) легкость и разумность операціи, 2) анатомическія выгоды, дающія намъ возможнось избѣжать раненія большихъ сосудовъ и важныхъ органовъ, въ частности же, раненія венъ, которыя могутъ дать условія для развитія различныхъ послѣдовательныхъ осложненій, 3) возможность избѣжать мочевой инфильтраціи, 4) легкость извлеченія камня, 5) отсутствіе какихъ-либо нежелательныхъ

послѣдствій послѣ операціи, 6) скорость заживленія литотомической раны и 7) наименьшая смертность послѣ операціи.

Сравнимъ же, согласно этому идеалу, высокое камнесѣченіе съ срединнымъ и боковымъ.

1) Кто оперировалъ, хотя бы однажды, высокимъ разрѣзомъ, тотъ вполнѣ согласится съ нами, что этотъ разрѣзъ легче боковаго.

Не безъизвѣстно, конечно, что есть хирурги, которые оперируютъ боковымъ разрѣзомъ въ нѣсколько минутъ, но такихъ блестящихъ литотомистовъ—единицы, и врядъ ли такая быстрота нуждается въ подражаніи и должна быть цѣнима; литотомія — не трахеотомія. Въ рукахъ же обыкновенныхъ хирурговъ боковая литотомія является операціей болѣе трудной, чѣмъ высокое камнесѣченіе; легкость выполненія sectionis altae признается многими хирургами, въ томъ числѣ и *Thompson*'омъ.

Въ этомъ отношеніи эпицистотомія можетъ быть сравниваема съ срединной литотоміей, которая по выполненію—легче высокой.

Что же касается до разумности операціи, то не можетъ быть и сравненія высокаго и срединнаго камнесѣченій съ боковымъ. При первыхъ все время поле операціи передъ глазами и хирургъ въ каждую данную минуту можетъ дать себѣ отчетъ въ томъ, что онъ рѣжетъ и что встрѣтитъ; при послѣдней — наоборотъ: хирургъ ввѣряется слѣпому инструменту, большую часть операціи дѣлаетъ въ темнотѣ. Что лучше? Отвѣтъ не труденъ. Только при такомъ слѣпомъ инструментѣ, какъ lithotome caché и такой темной операціи, какъ боковое камнесѣченіе, возможна та поразительная быстрота, о которой мы упомянули выше.

2) Анатомическое строеніе подчревной области даже противниками высокаго камнесѣченія признается за наиболѣе выгодное для литотоміи. Въ самомъ дѣлѣ, расположеніе тканей и органовъ въ операціонномъ полѣ при боковомъ и высокомъ расрѣзахъ таково, что не можетъ быть и рѣчи о сравненіи между этими двумя методами. При первомъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ мы оперируемъ почти безкровно и не можемъ поранить ни одного важнаго органа, при другомъ, кровотеченіе встрѣчается чаще, оно обильнѣе, такъ какъ всегда рѣжется простота и шейка пузыря, въ случаѣ же неудачи можетъ быть раненіе recti, duct. ejaculatoirii.

Противниками sectionis altae ставится на видъ, что и при этомъ методѣ возможно обильное кровотеченіе. Съ этимъ нельзя не согла-

ситься, но также слѣдуетъ признать, что обильныя кровотеченія при эпицистотоміи встрѣчаются крайне рѣдко.

Выше мы достаточно подробно остановились на этомъ вопросѣ и установили, что кровотеченія при высокомъ разрѣзѣ могутъ быть, такъ сказать, изъ поверхностныхъ слоевъ и изъ глубины. Первое кровотеченіе является опаснымъ только при какой-либо рѣдкой аномаліи въ ходѣ ar. epigastricae infer; брать во вниманіе аномаліи мы не имѣемъ права и притомъ какъ скоро мы заговорили о нихъ, то гдѣ ихъ можетъ быть больше, какъ не на промежности. Второе кровотеченіе—глубокое, изъ пузыря, болѣе опасно, но въ такихъ кровотеченіяхъ эпицистотомія не при чемъ, такъ какъ они одинаково наблюдались бы и при боковомъ разрѣзѣ.

При немъ мы имѣемъ всегда кровотеченіе изъ веннаго сплетенія простаты; обыкновенно это кровотеченіе невелико, но при различныхъ разстройствахъ кровообращенія въ v. portae и cavae inf., что часто наблюдается въ пожиломъ возрастѣ, оно можетъ быть весьма обильно. И что всего хуже, эти кровотеченія обыкновенно опасны не столько по количеству потерянной крови, а по тѣмъ гибельнымъ послѣдствіямъ, которыя, при благопріятныхъ условіяхъ, могутъ развиться послѣ раненія венъ.

Высокому камнесѣченію обыкновенно ставится на видъ легкость раненія брюшины при этомъ методѣ. Мы уже видѣли, что при соблюденіи правилъ современной техники операціи, раненіе peritonei почти не встрѣчается; говорить о приращеніи брюшины къ симфизу не приходится, такъ какъ ссылаться на аномаліи, не значитъ возражать; притомъ раненіе peritonei можетъ быть и при боковой литотоміи.

Въ смыслѣ незначительнаго кровотеченія во время операціи мы можемъ сравнить эпицистотомію только съ срединнымъ разрѣзомъ, при которомъ чаще всего кровотеченія почти не бываетъ. Конечно, такая выгода lithotomiae medianae объясняется простотой анатомическаго строенія тканей, разсѣкаемыхъ при этомъ методѣ; приходится искренне сожалѣть, что строеніе простаты допускаетъ безнаказанное растяженіе ея только до извѣстныхъ, притомъ небольшихъ, предѣловъ, вслѣдствіе чего при ошибкѣ въ величинѣ камня или продолжительномъ дробленіи его, травма простаты велика и можетъ обусловить намъ нетолько неполное выздоровленіе съ недержаніемъ мочи или фистулой, но и смертельный исходъ, благодаря тѣмъ-же

ушибленнымъ и пораненнымъ венамъ простаты. Не будь всего этого—срединная литотомія была бы идеалъ камнесѣченія.

3) Уже не разъ нами указывалось, что методы, выработанные для ухода за раной пузыря вполнѣ хорошо гарантируютъ насъ отъ мочевыхъ затековъ послѣ высокаго камнесѣченія.

То-же слѣдуетъ сказать и о срединной литотоміи, при томъ условіи если простата не порвана и капсула ея цѣла. Въ противномъ случаѣ, срединная литотомія—такъ-же опасна, какъ и боковая.

Защитники боковаго разрѣза особенно настаиваютъ на томъ, что этотъ методъ литотоміи даетъ идеальныя условія для защиты оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, такъ какъ при ней рана пузыря и простаты находится въ границахъ capsulae urethro-prostaticae, составляющей прочную анатомическую преграду для этихъ затековъ. Разрѣзъ этой капсулы составляетъ «всю неправильность оперативнаго пріема при цистотоміяхъ черезъ промежности, которая неизбѣжно влечетъ за собой всѣ фатальныя послѣдствія», говоритъ проф. *Богдановскій* на стр. 193 своего послѣдняго труда.

Значеніе капсулы urethro-prostaticae было-бы дѣйствительно велико, если бы она на самомъ дѣлѣ не вскрывалась при боковой литотоміи. Оказывается-же, что разрѣзы простаты при этомъ камнесѣченіи, даже при маломъ раскрытіи литотома, всегда выходятъ изъ предѣловъ capsulae urethro-prostaticae въ ту богатую венами рыхлую ткань, которая окружаетъ предстательную железу. Это наглядно доказано д-ромъ *Салищевымъ* превосходными распилами замороженой промежности послѣ боковой литотоміи. Иначе впрочемъ не могло и быть; оно очевидно, если мы вспомнимъ строеніе capsulae urethro-prostaticae и взаимное отношеніе между ею и мочеиспускательнымъ каналомъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что значеніе capsulae urethro-prostaticae, этой естественной и прочной анатомической преграды для мочевыхъ затековъ послѣ боковой литотоміи, должно быть сведено ad minimum; она играетъ важную роль только при срединномъ камнесѣченіи. Помимо анатомическихъ доказательствъ и клиника намъ подтверждаетъ справедливость только что сказаннаго; просматривая исторіи болѣзни оперированныхъ боковымъ разрѣзомъ мы нерѣдко встрѣчаемся съ различными воспитательными процессами тазовой клѣтчатки, какъ послѣдствіями мочевыхъ затековъ; считать всѣ эти случаи всегда за результатъ неправильной техники операціи—нельзя, такъ какъ мы

ихъ встрѣчаемъ въ рукахъ опытныхъ хирурговъ, считающихъ свои литотоміи десятками.

4) Легкость извлеченія камня при высокомъ камнесѣченіи признается всѣми; въ этомъ отношеніи эпицистотомія стоитъ совершенно исключительно среди другихъ методовъ литотоміи. Стоитъ только припомнить тѣ условія, которыми сопровождается удаленіе камня черезъ срединный и боковой разрѣзъ, чтобы признать въ этомъ отношеніи преимущество за высокимъ камнесѣченіемъ. А между тѣмъ вопросъ о наиболѣе легкомъ извлеченіи камня весьма важенъ, такъ какъ сильная травма пузыря и простаты не могутъ проходить для больнаго безнаказанно; въ этомъ актѣ мы нерѣдко должны искать причину неудачныхъ исходовъ камнесѣченій, не говоря уже о разрывахъ простаты, ея венъ; причину развитія воспаленій брюшины, сильныхъ циститовъ, піэлитовъ и, послѣдовательно, нефритовъ, должно искать чаще всего въ этой травмѣ пузыря и простаты.

5) Всѣмъ хорошо извѣстны тѣ грустныя послѣдствія, которыя, къ сожалѣнію, остаются послѣ операцій камнесѣченія черезъ промежность. Закрывать глаза на эти печальныя послѣдствія, проходить ихъ молчаніемъ, значитъ признавать ихъ и не быть въ состояніи сказать хотя бы что нибудь въ защиту промежностныхъ литотомій. Да и что можно сказать противъ фактовъ!

Недержаніе мочи, мочевые свищи, кишечно-мочевые свищи, половое безсиліе, составляютъ тѣ грустныя послѣдствія боковой литотоміи, которыя, по справедливости, заставили хирурговъ обратиться къ другимъ методамъ камнесѣченія. Эти послѣдствія операціи признаются всѣми, но, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще достовѣрно не выяснено, какъ часто они встрѣчаются послѣ боковаго разрѣза. Если мы просмотримъ отчеты о боковомъ камнесѣченіи, то въ этомъ отношеніи встрѣтимъ большое разногласіе; одни наблюдаютъ недержаніе мочи довольно часто (*Головачевъ* въ 6,7%, *Евсѣенко*, *Кадіянъ*, *Веревкинъ* и др.), другіе рѣдко (*Синицынъ*, *Богдановскій*, *Розенталь*). Вывести среднее нѣтъ возможности; тѣмъ болѣе это трудно, что недержаніе мочи развивается часто спустя нѣкоторое время послѣ операціи, когда оперированные уже уходятъ изъ подъ надзора хирурга. Несомнѣнно, часто или рѣдко — это другой вопросъ, недержаніе мочи послѣ боковой литотоміи составляетъ одну изъ самыхъ темныхъ сторонъ операціи; оно не поддается никакому леченію, весьма тягостно и остается на всю жизнь. Понятно почему

сказанное функціональное разстройство пузыря явилось главной причиной успѣховъ другихъ методовъ литотоміи; оно, напримѣръ, побудило въ 1880 г. такого опытнаго хирурга, какъ *Савостицкій*, знавшаго по опыту, какое большое число оперированныхъ боковымъ разрѣзомъ обращается въ Маріинскую московскую больницу съ жалобами на недержаніе мочи, совсѣмъ бросить боковую литотомію и перейти къ срединной, которая въ его рукахъ даетъ весьма хорошіе результаты.

Какъ часто наблюдаются мочевые свищи послѣ боковаго разрѣза, сказать еще труднѣе, такъ какъ относительно этого исхода наблюдается еще большее разногласіе; нѣкоторые послѣ своихъ операцій не наблюдаютъ этихъ свищей вовсе, другіе весьма рѣдко, д-ръ же *Веревкинъ* въ своемъ отчетѣ о камнесѣченіяхъ въ московской дѣтской больницѣ Св. Владиміра наблюдалъ ихъ 7 разъ въ 135 случ. боковой литотоміи, то есть въ 5,1%. Это послѣднее осложненіе должно считаться также однимъ изъ тягостныхъ, такъ какъ держится упорно и въ большинствѣ случаевъ можетъ быть излечено только оперативнымъ путемъ. Къ счастію, по всему видно, что оно наблюдается рѣдко. Тоже самое слѣдуетъ сказать и о потери способности къ оплодотворенію, осложненія несомненно наблюдаемаго послѣ боковой литотоміи (*Медвѣдевъ*, *Тауберъ*, *Склифосовскій*).

Менѣе важнымъ осложненіемъ должно считать раненіе recti, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезмѣрно расширенной прямой кишки у взрослыхъ или высокаго положенія пузыря у дѣтей, избѣжать во время операціи боковымъ разрѣзомъ весьма трудно. Раненіе recti наблюдается въ рукахъ самыхъ искусныхъ и опытныхъ литотомистовъ, но, къ счастію, по большей части оканчивается благополучно полнымъ выздоровленіемъ больнаго. Такъ, проф. *Синицынъ* (154 случ.) 6 разъ поранилъ прямую кишку, но за исключеніемъ одного случая, раненіе не повлекло за собой дурныхъ послѣдствій и послѣ перерѣзки sphincteris ani оно заживало вмѣстѣ съ операціонной раною; у д-ра *Розенталя* (400 случ.) раненіе прямой кишки встрѣтилось тоже 6 разъ, кромѣ того въ 2 случ. образовалось сообщеніе между раною и кишкою спустя нѣкоторое время послѣ операціи, вслѣдствіе омертвѣнія въ ранѣ; изъ этихъ 8 случаевъ вполнѣ выздоровѣло 6.

Если въ большинствѣ случаевъ раненіе recti оканчивается счастливо и осложненіе это должно считаться не столь опаснымъ, какъ всѣ остальныя, то все же оно весьма серьозно, такъ какъ не всегда

заживаетъ быстро (№ 109 таблицы проф. *Богдановскаго*); кромѣ того, не говоря уже о функціональныхъ разстройствахъ въ случаяхъ незакрывшихся кишечно-пузырныхъ свищей, опасно тѣмъ, что литотомическая рана, въ глубинѣ, приходитъ въ непосредственное соприкосновеніе съ каловыми массами, что, конечно, можетъ повлiять весьма невыгодно на исходъ операціи; въ этомъ смыслѣ мы имѣемъ наблюденіе д-ра *Введенскаго*, гдѣ летальный исходъ послѣ боковой литотоміи съ пораненіемъ recti прямо зависѣлъ отъ невозможности держать рану въ достаточной чистотѣ.

При срединномъ камнесѣченіи многихъ изъ указанныхъ выше послѣдствій боковаго разрѣза совсѣмъ не встрѣчается, но тѣмъ не менѣе недержаніе мочи и мочевые свищи значительно умаляютъ значеніе этого прекраснаго метода литотоміи. По статистикѣ д-ра *Надеждина* [137]) (592 случ.) недержаніе мочи послѣ срединнаго разрѣза встрѣтилось 8 разъ (1,3%), а мочевые свищи — 13 разъ (2,2%); по статистикѣ д-ра *Яковлева* (403 случ.) недержаніе мочи наблюдалось въ 0,5%, а мочевые свищи въ 0.9% всѣхъ случаевъ. Какъ видно, нежелательныя ослажненія наблюдаются рѣдко; они встрѣтятся еще рѣже, если выборъ оперативныхъ случаевъ для срединнаго камнесѣченія будетъ дѣлаться строже, чѣмъ это дѣлается теперь. Весьма многіе камни не могутъ подлежать срединной литотоміи; печальные исходы, а также нежелательныя осложненія служатъ доказательствомъ, что срединный разрѣзъ не можетъ быть единственнымъ методомъ камнесѣченія, и въ извѣстныхъ случаяхъ долженъ уступать мѣсто другому методу литотоміи.

Лучшіе результаты мы получаемъ послѣ высокаго камнесѣченія, которое въ смыслѣ осложненій послѣ операціи стоитъ внѣ сравненія съ другими методами литотоміи. Недержаніе мочи, кишечномочевые свищи, потеря способности къ оплодотворенію, конечно, не могутъ имѣть мѣста при эпицистотоміи; свищи надъ лобкомъ и грыжа рубца встрѣчаются рѣдко (2,3% и 0,9%), къ тому же правильная техника послѣ операціи можетъ, какъ мы видѣли выше, значительно понизить, если не совсѣмъ уничтожить, число неполныхъ выздоровленій послѣ эпицистотоміи.

6. Скорость выздоровленія послѣ камнесѣченій можно считать одинаковой для всѣхъ трехъ способовъ операціи, такъ какъ въ случаяхъ легкихъ полное выздоровленіе наблюдается какъ при боковомъ, такъ срединномъ и высокомъ разрѣзахъ, въ поразительно короткіе сроки (*Розенталь*, *Надеждинъ*, нашъ матеріалъ), въ слу-

чаяхъ же тяжелыхъ сопровождается одинаково длительнымъ по слѣоперационнымъ периодомъ. Средний срокъ выздоровления послѣ всѣхъ трехъ методовъ камнесѣчений почти одинаковъ и въ этомъ отношении преимущество не можетъ быть отдано ни одной изъ литотомий.

Какой же изъ методовъ камнесѣчения даетъ наименьшую смертность?

Этотъ въ высшей степени важный вопросъ можетъ быть въ настоящее время рѣшенъ весьма удовлетворительно, такъ какъ число случаевъ, опубликованныхъ относительно каждаго изъ методовъ операции, достаточно велико. Конечно, для получения наиболѣе точныхъ выводовъ можно было бы пожелать совершенно одинаковыхъ цифръ, одинаково подробно описанныхъ случаевъ, но этими идеальными требованиями, къ сожалѣнию, до сихъ поръ еще не располагаетъ статистический методъ изслѣдования. Каждый изъ опубликованныхъ отчетовъ по интересующему насъ вопросу чѣмъ либо отличается отъ другаго; нѣтъ того единства въ описании материала, которое такъ желательно и необходимо для получения наиболѣе вѣрныхъ выводовъ при оцѣнкѣ различныхъ способовъ камнесѣчения. Тѣмъ не менѣе, какъ мы уже сказали, весьма большое число опубликованныхъ наблюдений позволяетъ намъ въ настоящее время сдѣлать выводы, весьма близкие къ истинѣ *).

Боковое камнесѣчение.

До антисептики.	Числ. случ.	% смерт.	*При антисептикѣ.*	Числ. случ.	% смерт.
Thompson . . .	1827	12,5	**Захаревичъ** . . .	110	13,5
Grosse	8509	12,5	**Веревкинъ.** . . .	147	6,2
Keith	2500	15,0	**Синицинъ**	154	4,5
Арнольдовъ . . .	259	20.0	**Розенталь**	400	8,5
Богдановский . .	110	22,7	**Яковлевъ**	421	8,0

*) Полагаемъ, не можетъ быть сомнѣния, что собирание материала по одному и тому же плану въ высшей степени важно и желательно. Только при этомъ условии могутъ быть достаточно хорошо рѣшены многие весьма важные вопросы хирургии. Одной изъ самыхъ важныхъ заслугъ нашихъ Пироговскихъ съѣздовъ будетъ выработка программъ для разработки наиболѣе спорныхъ вопросовъ науки; желающихъ работать въ указанномъ направлении всегда будетъ достаточно.

Срединное камнесѣченіе.

До антисептики.	Число случ.	% смерт.	При антисептикѣ.	Число случ.	% смерт.
Allarton	139	9,3	**Volkmann**. . . .	100	2
Dolbeau	55	16,3	**Введенскій** . . .	174	10,9
Heüsinger. . . .	222	6,7	**Надеждинъ** . . .	592	10,5
Williams	41	26,8	**Яковлевъ** . . .	887	9,1

Высокое камнесѣченіе.

До антисептики.	Число случ.	% смерт.	При антисептикѣ.	Число случ.	% смерт.
Günther	257	23,7	**Шмитцъ**	37	16,2
Flury	92	32,6	**Березкинъ** . . .	59	5,0
Tuffier	120	27,0	**Ассендельфтъ** . .	102	0,9
Dulles.	364	28,2	**Яковлевъ** . . .	362	9,3
Родзевичъ . . .	65	28,3	**Соломка**	427	12,3

Прежде чѣмъ приступить къ сравнительной оцѣнкѣ % смертности, полученнаго при боковомъ, срединномъ и высокомъ камнесѣченіяхъ, слѣдуетъ указать на то, что для полученія наиболѣе точныхъ выводовъ: 1) мы должны сравнивать только результаты, полученные послѣ литотоміи антисептическаго періода, которые у насъ собраны въ столбцахъ справа, и 2) мы не приводимъ смертности, полученной при той или другой литотоміи по возрасту, потому что въ каждомъ отчетѣ число оперированныхъ одного и того же возраста почти одинаково и если нѣкоторые отчеты касаются напр. почти исключительно дѣтскаго возраста, то такіе отчеты встрѣчаются при каждомъ камнесѣченіи, такъ что, въ общемъ, разница въ возрастѣ оперированныхъ сглаживается вполнѣ.

Только что приведенная таблица указываетъ, что смертность послѣ боковой литотоміи колеблется отъ 13,5 до 4,5%. Наилучшіе результаты (*Синицынъ* и *Веревкинъ*) получены на дѣтяхъ, но весьма хорошій результатъ дала боковая литотомія и въ различныхъ возрастахъ, какъ показываетъ матеріалъ, собранный д-ромъ *Яковлевымъ*.

Смертность послѣ срединной литотоміи колеблется отъ 10 до 2,0%; собранный матеріалъ касается различныхъ возрастовъ.

Смертность послѣ высокаго камнесѣченія колеблется отъ 16,2 до 0,9%. Наилучшіе результаты получены въ дѣтскомъ возрастѣ (*Березкинъ*, *Ассендельфтъ*); для различныхъ возрастовъ мы имѣемъ матеріалъ, собранный д-ромъ *Яковлевымъ* и нами; % смертности колеблется отъ 12,3 до 9,3%. Слѣдуетъ полагать, по справедливости, что 12,3% смертности послѣ эпицистотоміи, указываемый нами, для различнаго возраста наиболѣе вѣренъ, такъ какъ онъ выведенъ изъ наибольшаго числа случаевъ.

Оказывается, слѣдовательно, что наилучшіе результаты получены послѣ высокаго (0,9% *Ассендельфтъ*) и срединнаго камнесѣченій (2% *Volkmann*, *Недеждинъ*, *Введенскій*), а отсюда и оперировать слѣдуетъ этими двумя методами.

Вѣренъ ли сдѣланный выводъ? Не впадаемъ ли мы въ грубую ошибку, высказываясь такъ опредѣленно?

Самое тщательное и подробное разсмотрѣніе собраннаго матеріала вполнѣ убѣждаетъ насъ въ справедливости сказаннаго. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ дѣтскомъ возрастѣ, при маленькихъ камняхъ, хорошей мочѣ и непродолжительной болѣзни, всякій изъ методовъ камнесѣченія дастъ хорошій результатъ; такъ, при боковомъ камнесѣченіи проф. *Синицынъ* и д-ръ *Иршикъ* изъ довольно большаго числа случаевъ не потеряли ни однаго оперированнаго; д-ра *Надеждинъ*, *Савостицкій*, *Иршикъ* при срединнымъ сѣченіи получили отличные результаты и въ нѣсколькихъ случаяхъ наблюдали заживленіе литотомической раны первымъ натяженіемъ; д-ръ *Ассендельфтъ* при высокомъ камнесѣченіи получилъ блестящіе результаты. Результатъ литотоміи совершенно измѣняется, если мы посмотримъ какой % смертности полученъ у взрослыхъ, при большихъ камняхъ и продолжительности болѣзни. При этихъ условіяхъ боковая и срединная литотомія громадно увеличиваютъ свой малый % смертности.

Подробный отчетъ о 400 случаевъ боковаго камнесѣченія д-ра *Розенталя*, на который обыкновенно съ охотой ссылаются противники высокой литотоміи, указываетъ намъ, что на 293 случ. sectionis lateralis, выполненной при хорошихъ условіяхъ, % смертности послѣ операціи=3,7, въ остальныхъ же случаяхъ—при плохой мочѣ, продолжительной болѣзни и плохомъ общемъ состояніи онъ уже=23,7%. Если мы подробно разсмотримъ протоколы вскрытій умершихъ въ послѣдней группѣ, то увидимъ, что наиболѣе частой

причиной смерти является pyelonephritis, затѣмъ, рѣже, гнилокровіе и гнойное пропитываніе подсывороточной клѣтчатки.

Не менѣе интересный и подробно составленный отчетъ д-ра *Надеждина* о 592 случ. срединной литотоміи говоритъ тоже самое: при хорошей мочѣ, непродолжительной болѣзни и общемъ хорошемъ состояніи получено 4,3% смертности, при обратныхъ условіяхъ смертность уже=22,9%.

Вскрытіе умершихъ этой группы, помимо тѣхъ или другихъ глубокихъ пораженій мочевыхъ путей, часто указываетъ намъ на, развившееся послѣ дробленія камня и труднаго извлеченія его, травматическое воспаленіе брюшины, на огромныя поврежденія простаты, влекущія за собой всѣ тѣ грустныя послѣдствія, которыя неизбѣжны при большихъ поврежденіяхъ этого богатаго венами органа.

Что особенно интересно и на что невольно обращаешь вниманіе въ отчетѣ д-ра *Надеждина*—это почти постоянная связь между смертельнымъ исходомъ операціи и дробленіемъ камня; не будетъ ошибкой сказать, что въ 4/5 всѣхъ случаевъ смерти послѣ срединнаго камнесѣченія камень дробился. Эта связь между дробленіемъ и летальнымъ исходомъ наблюдается нетолько въ возрастѣ взросломъ и пожиломъ, при плохой мочѣ и большихъ камняхъ, но и дѣтскомъ, при хорошей мочѣ и камняхъ средней величины.

Значительно лучшіе результаты даетъ высокое камнесѣченіе, гдѣ смертность, конечно, увеличивается въ случаяхъ тяжелыхъ, но меньше той, какая получена для боковаго и срединнаго камнесѣченія; если мы взглянемъ на таблицу X нашего матеріала и возьмемъ только случаи очень тяжелые (III, IV, V группы), то % смертности въ этой группѣ=19,8. Такимъ образомъ очевидно, что въ случаяхъ тяжелыхъ наилучшіе результаты достигнуты при высокомъ камнесѣченіи.

Итакъ, сдѣланный нами выводъ: «*оперировать камни должно срединнымъ и высокимъ разрѣзами*», полагаемъ, вполнѣ доказанъ.

Чѣмъ же руководствоваться при выборѣ того или другаго метода? Тщательное разсмотрѣніе отчетовъ о срединномъ камнесѣченіи и эпицистотоміи ясно указываетъ намъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ, при небольшихъ камняхъ и хорошей мочѣ высокое камнесѣченіе даетъ худшіе результаты, чѣмъ срединное; при среднихъ же и большихъ камняхъ, плохой мочѣ и продолжительности болѣзни, высокое камнесѣченіе даетъ лучшіе результаты.

Отсюда, взявъ во вниманіе, что размѣры средней величины кам-

ней начинаются съ 2,0 сант. и кладя 1 сант. на толщину инструмента, которымъ извлекается камень, что должно быть взято въ разсчетъ и что, къ слову сказать, никогда не дѣлается, мы приходимъ къ слѣдующимъ показаніямъ для выбора метода литотоміи:

1) При малыхъ камняхъ, не выше 2 сант. въ діаметрѣ, мы должны оперировать срединнымъ разрѣзомъ. При такихъ размѣрахъ камни будутъ удаляемы легко, безъ дробленія, безъ травмы пузыря, простаты, и срединное камнесѣченіе дастъ наилучшіе результаты. Послѣопераціонный періодъ въ этихъ случаяхъ проходитъ обыкновенно весьма хорошо, операція не оставляетъ послѣ себя свищей и недержанія мочи; нерѣдко моча идетъ нормальнымъ путемъ на 2 д. послѣ операціи и литотомическая рана заживаетъ per primam.

2) При среднихъ и большихъ камняхъ должно оперировать высокимъ разрѣзомъ. Въ этихъ случаяхъ наилучшій результатъ даетъ эпицистотомія; послѣопераціонный періодъ проходитъ чаще всего весьма хорошо, выздоровленіе же наступаетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ полное, такъ какъ тягостныя послѣдствія послѣ операціи наблюдаются рѣдко, гораздо рѣже, чѣмъ при срединномъ разрѣзѣ.

3) Камни въ дивертикулахъ, тѣсно охваченные стѣнками пузыря, большое число камней и камни простато-пузырные должны быть удаляемы высокимъ разрѣзомъ, такъ какъ наилучшіе результаты могутъ быть получены только при надлобковомъ камнесѣченіи.

4) Увеличеніе простаты есть противупоказаніе къ примѣненію срединнаго камнесѣченія.

5) Боковое камнесѣченіе, какъ дающее наибольшую смертность въ случаяхъ тяжелыхъ, сопровождающееся всего чаще самыми тяжелыми послѣдствіями литотомій, должно быть вовсе оставлено.

Всесторонній и безпристрастный разборъ собраннаго матеріала по вопросу о высокомъ камнесѣченіи привелъ насъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Современная техника sectionis altae вполнѣ выработана и не нуждается ни въ какихъ усовершенствованіяхъ. Усовершенствованія *Rydygier'a*, *Langenbuch'a* и др. могутъ только повредить операціи и дискредитировать ее.

2) Sectio alta — при современной техникѣ — операція легкая и безопасная; въ этомъ отношеніи она можетъ быть сравниваема лишь только съ срединнымъ камнесѣченіемъ.

3) Шовъ пузыря долженъ составлять непремѣнную принадлежность высокаго камнесѣченія.

4) Шовъ пузыря, вопреки мнѣнію, высказанному *W. Meyer* и раздѣляемому большинствомъ хирурговъ, долженъ накладываться всегда. Конечно, въ исключительныхъ случаяхъ слѣдуетъ отступать отъ этого правила.

5) Въ удачныхъ случаяхъ выгода шва очевидна, въ неудачныхъ же, срокъ, который держитъ шовъ, вполнѣ достаточенъ для образованія въ глубинѣ раны продуктовъ реактивнаго воспаленія, хорошо обезпечивающихъ оперированнаго отъ мочевой инфильтраціи.

6) Лучшій шовъ—*Тилинга.* *)

7) Въ случаѣ невозможности наложить шовъ полный, слѣдуетъ примѣнять: или 1) частичный шовъ съ дренажемъ и сифоннымъ приспособленіемъ, или 2) дренажъ пузыря и положеніе на животѣ, боку. Оба эти способа ухода за пузыремъ весьма хорошо гарантируютъ оперированныхъ отъ мочевой инфильтраціи.

8) Рана брюшной стѣнки должна быть всегда сшиваема до дренажа, лучше всего этажнымъ швомъ (нижній кэтгутъ, верхній—шелкъ). Никогда не слѣдуетъ подсѣкать прикрѣпленія m. m. rectorum.

9) Послѣопераціонный періодъ, а также вскрытія умершихъ указываютъ намъ, что мочевая инфильтрація при высокомъ камнесѣченіи встрѣчается, если не рѣже, то никакъ не чаще, чѣмъ при другихъ методахъ литотоміи; это доказываетъ полную цѣлесообразность практикуемыхъ способовъ ухода за раной пузыря.

10) Смерть послѣ высокаго камнесѣченія, какъ и при другихъ методахъ литотоміи, зависитъ отъ воспаленія брюшины и тѣхъ или другихъ пораженій мочевыхъ органовъ. Однако, бываютъ случаи смертности послѣ камнесѣченій, гдѣ она пока должна считаться вполнѣ загадочной; въ этихъ случаяхъ вскрытіе обыкновенно не даетъ намъ никакихъ разъясненій.

11) Противугнилостный методъ, какъ и во всемъ остальномъ, громадно понизилъ смертность послѣ камнесѣченій; поэтому анти-

---

*) Ни одинъ изъ предложенныхъ за послѣднее время швовъ не долженъ быть примѣняемъ и «усовершенствованіе» шва должно быть оставлено, такъ какъ, дѣлаясь съ каждымъ усовершенствованіемъ все сложнѣе и труднѣе для выполненія, они могутъ привести къ тому, что шить пузырь вовсе перестанутъ. Шить слѣдуетъ кэтгутомъ, обработаннымъ ac. chromico (по *Mikulicz*) и круглыми иглами (*Знаменскій*). Чѣмъ дольше оставлять катетръ à demeure, тѣмъ лучше.

септическая повязка, уходъ за пузыремъ и за оперированнымъ — лучшая гарантія счастливаго исхода операціи.

12) Подготовительное леченіе больнаго передъ операціей должно быть строго соблюдаемо. Оперировать въ безнадежныхъ случаяхъ— только дискредитировать себя и оперативный методъ.

13) Высокое камнесѣченіе при маленькихъ камняхъ, хорошей мочѣ и непродолжительной болѣзни даетъ результаты худшіе, чѣмъ срединная литотомія; при камняхъ-же средней величины и большихъ, при сносной, плохой мочѣ, продолжительныхъ страданіяхъ, лучшіе результаты получены при высокомъ камнесѣченіи. Такой выборъ оперативныхъ методовъ даетъ намъ наилучшіе результаты, какіе мы можемъ только требовать отъ литотоміи.

14) Безпристрастный анализъ собраннаго матеріала указываетъ, что весьма многіе хирурги увлекаются высокимъ камнесѣченіемъ; такъ есть не мало случаевъ, гдѣ операція выполнена ради удаленія камней вѣсомъ меньше 2 grm. и размѣрами меньше 2 сант.

Когда, уже давно предпринятая нами, работа была вполнѣ окончена и выводы были извѣстны многимъ изъ товарищей, появилась диссертація д-ра *Яковлева* «Историческій и критическій обзоръ способовъ камнесѣченія у мужчины». Почтеный авторъ собралъ какъ изъ русской, такъ и иностранной литературы 273 случ. высокаго камнесѣченія доантисептическаго періода и 385 операцій антисептическаго періода.

На основаніи сравнительной оцѣнки боковаго, срединнаго и высокаго камнесѣченій д-ръ *Яковлевъ* пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Съ введеніемъ въ хирургію противугнилостнаго способа леченія ранъ, смертность послѣ высокаго, боковаго и срединнаго камнесѣченій значительно уменьшилась.

2) При камняхъ, величина которыхъ не превышаетъ 0,02 m. въ наибольшемъ діаметрѣ, лучшіе результаты по отношенію къ исходу даютъ промежностные способы камнесѣченія: боковое и срединное.

3) При той же величинѣ камня срединное сѣченіе заслуживаетъ предпочтенія передъ боковымъ, потому что выполняется легче и реже оставляетъ послѣ себя функціональныя разстройства.

4) При камняхъ, гдѣ размѣръ наибольшаго діаметра колеблется

между 0,02 и 0,04 m., всѣ преимущества имѣетъ высокое сѣченіе передъ боковымъ.

5) При камняхъ, величина которыхъ превышаетъ 0,04 m., въ наибольшемъ діаметрѣ, наилучшіе результаты получены послѣ высокаго сѣченія.

Эти выводы, въ свою очередь, даютъ право сдѣлать такое заключеніе:

При современномъ состояніи хирургіи изъ трехъ способовъ камнесѣченія: высокаго, боковаго и срединнаго—должны быть примѣняемы только срединное и высокое сѣченіе.

Срединное сѣченіе нужно считать показаннымъ только при камняхъ, величина которыхъ не превышаетъ 0,02 въ небольшомъ діаметрѣ; высокое—во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, гдѣ размѣръ камня больше 0,02 въ наибольшемъ діаметрѣ.

Изъ 18 положеній автора 9 касаются высокаго и срединнаго камнесѣченій, а потому приводимъ ихъ.

1) Анатомическое положеніе наполненнаго пузыря и способъ *Garson-Petersen'а* исключаетъ въ большинствѣ случаевъ возможность пораненія брюшины при высокомъ сѣченіи.

2) Для устраненія мочеваго пропитыванія при высокомъ сѣченіи необходимо примѣнять или пузырный шовъ, или послѣдовательное леченіе по способу *Trendelenburg-Ассендельфта*.

3) При выборѣ того или другаго способа для устраненія мочеваго пропитыванія: пузырнаго шва или послѣдовательнаго леченія по *Trendelenburg-Ассендельфту*, нужно руководствоваться степенью патологическихъ измѣненій пузырной стѣнки.

4) При современномъ состояніи техники пузырнаго шва послѣдовательное леченіе по способу *Trendelenburg-Ассендельфта* даетъ лучшіе результаты, чѣмъ сшиваніе пузыря.

5) Пузырный шовъ при высокомъ сѣченіи представляетъ идеальное средство для устраненія мочеваго пропитыванія; поэтому усовершенствованіе техники шва должно быть задачей современнаго хирурга.

6) Когда техника пузырнаго шва достигнетъ извѣстнаго совершенства, высокое сѣченіе пузыря вытѣснитъ всѣ остальные способы камнесѣченія.

7) Высокое камнесѣченіе оставляетъ послѣ себя очень рѣдко функціональныя разстройства.

8) Правильно произведенное сѣченіе исключаетъ совершенно нарушеніе цѣлости пузырной шейки.

9) При срединномъ сѣченіи камни должны быть извлекаемы цѣликомъ.

Какъ видно, выводы, полученные нами, весьма близко подходятъ къ выводамъ д-ра *Яковлева*. Такое тождество въ результатахъ двухъ изслѣдованій, производившихся совершенно независимо другъ отъ друга, можетъ только порадовать д-ра *Яковлева* и насъ. Оно служитъ лучшимъ доказательствомъ, что указанные выше выводы изъ оцѣнки матеріала по вопросу о высокомъ камнесѣченіи — вѣрны и заслуживаютъ вниманія, такъ какъ—близки къ истинѣ.

Заканчивая работу, считаемъ пріятнымъ долгомъ выразить нашу искреннюю благодарность: проф. *Боброву*, *Кузьмину*, *Склифосовскому*, д-рамъ: *Батманову*, *Войно*, *Гагенъ-Торнъ*, *Герасимовичу*, *Догадкину*, *Кадіяну*, *Кармилову*, *Кѣтлинскому*, *Лингенъ*, *Макавѣеву*, *Миславскому*, *Мультановскому*, *Надеждину*, *Орловскому*, *Пенкину*, *Потоцкому*, *Путохину*, *Радуловичу*, *Русанову*, *Салищеву*, *Салтыкову*, *Турнеръ*, *Троянову*, *Чеботареву*, *Шмитцъ и Эберманъ* за доставку свѣдѣній о своихъ неопубликованныхъ случаяхъ высокаго камнесѣченія.

ЛИТЕРАТУРА.

1) **Чистовичъ**. Очерки изъ исторіи русск. медиц. учрежденій XVIII ст. СПБ. 1870.

2) **Чистовичъ**. Московскіе операторы каменной болѣзни. Тамъ-же. Стр. 346—360.

3) **Грумъ**. Другъ Здравія. 1834 г., № 21, стр. 126. Тоже и въ 1847 г. въ статьѣ того-же автора «Каменная болѣзнь».

4) **Ф. Г. Ушаковъ**. Медицинскій Вѣстникъ. 1865, № 3.

5) **Пеликанъ**. Камнесѣченіе у женщинъ. Дис. СПБ. 1872.

6) **Пироговъ**. Начала общей военно-полевой хирургіи. 1865. Ч. I.

7) **Малышевъ**. Замѣтка въ видѣ корреспонденціи. Другъ Здравія. 1833 г., № 19.

8) **Иноземцевъ**. Обзоръ операцій, назначенныхъ въ каменной болѣзни. Воен. Мед. Журн. 1836.

9) **Соломонъ**. Операція удаленія камня изъ мочеваго пузыря. Воен. Мед. Журн. 1837.

10) **Малаховъ**. Краткая записка о числѣ калькулезныхъ въ Московской Маріинской больницѣ за 30 л. Другъ Здравія. 1837.

11) **Bassow**. De lithiasi vesicae urinariae in genere et in specie de extractione calculi per sectionem perinei. 1841. Москва.

12) **Караваевъ**. Другъ Здравія. 1842, 1843 гг. Стр. 362 и 66.

13) **Буяльскій**. Анатомо-хирургическія таблицы по вырѣзыванію и раздробленію камней. СПБ. 1852.

14) **Медвѣдевъ**. О примѣненіи различныхъ методовъ операціи литотоміи. Моск. Врачеб. Вѣд. 1874—75. №№ 27, 28.

15) **Дуброво**. Засѣданіе Общества Русскихъ Врачей. 1875. № 10.

16) **В. Максимовъ**. Опыты примѣненія струнныхъ нитей для пузырнаго шва при эпицистотоміи. Дис. СПБ. 1876.

17) **Круглевскій**. Эпицистотомія. Современное значеніе ея въ теоріи и практикѣ. Воен. Медиц. Журн. 1877.

18) **Henle**. Handbuch der systemat. Anatomie des Menschen. Band. 2. 1875 г.

19) **Таренецкій**. Топографическое описаніе собственно подчревной области. Дис. 1874. СПБ.

20) **Günther**. Lehre von den blutigen Operat. am. menschl Körper. 4 Abt. Leipzig. 1860.

21) **Лингартъ**. Руководство къ оператив. хирургіи. Перев. Вишневскаго и Бѣлина. Москва. 1877.

22) **Günther**. Der hohe Steinschnitt seit seinem Ursprunge bis zu s. jetzigen Ausbildung. Leipzig. 1851.

23) **Dulles**. Supra-pubic Lithotomy. The amer. journal of med. science 1875. July (Реф. въ Centralbl. für Chirurgie, № 13, 1876).

24) **Erichsen**. The science and art of surgery. 1861, стр. 1010.

25) **Gringau**. Virchow's Jahresber. 1867. Band. 2, стр. 180.

26) **Thompson**. Traité pratique des maladies des voies urinaires. Paris. 1874.

27) **Dolbeu**. Virchow's Jahresb. 1874. Band 2, стр. 291.

28) **Bermon**. Virchow's Jahresb. 1874. l. c.

29) **Левшинъ**. Опытъ примѣненія Листеровскаго метода при операціяхъ и перевязкѣ ранъ въ Казанской земской больницѣ. Воен. Медиц. Журн. 1877 г.

30) **Макавѣевъ**. Десять случ. высокой литотоміи. Медиц. Вѣстникъ. 1879. №№ 23—32.

31) **Орловъ**. Повторная литотомія. Медиц. Обозр. 1880. Стр. 727—730.

32) **Глазуновскій**. Врачеб. Вѣдом. 1880. №№ 449, 450.

33) **Захаревичъ**. Врачъ. 1882. № 38.

34) **Головачевъ**. Къ вопросу о высокой литотоміи. Медиц. Обозр. 1884. № 1.

35) **Макавѣевъ**. О высокой литотоміи. Медиц. Обозр. 1884. № 3.

36) **Макавѣевъ**. Къ казуистикѣ высокаго камнесѣченія съ наложеніемъ пузырнаго шва. Врачъ. 1884 № 13.

37) **Знаменскій**. О частичномъ изсѣченіи стѣнокъ мочеваго пузыря. Медиц. Обозр. 1884. № 2.

38) **Никольскій**. Медиц. Вѣст. 1884. №№ 13, 14.

39) **Веревкинъ**. Lithiasis и lithotomia у дѣтей. Медиц. Вѣстн. 1884. №№ 21—29.

40) **Поповъ**. Къ вопросу о высокомъ камнесѣченіи. Русская Медицина. 1884. №№ 35, 36

41) **Поповъ**. Еще случай высокаго камнесѣченія съ примитивнымъ леченіемъ. Русская Медицина. 1884. № 46

42) **Эберманъ**. Къ вопросу о надлонной литотоміи. Проток. Рус. Хирур. Об-ва Пирогова. 20—1. 1884.

43) **Эберманъ**. Къ вопросу операціи камней у женщинъ. Проток. Рус. Хирур. Об-ва Пирогова. 1884.

44) **Мининъ**. Къ казуистикѣ пузырнаго шва послѣ высокаго камнесѣченія. Хирур. Вѣст. 1885. Мартъ.

45) **Вельяминовъ**. Примѣчаніе къ статьѣ Минина. Хир. Вѣст. 1885. Мартъ.

46) **Тилингъ**. Ueber s. alta mit Blasennaht. Petersb. medic. Wochenschr. 1885. № 4.

47) **Лингенъ**. Petersb. medic. Wochenschr. 1885. № 12.

48) **Орловскій**. Gazeta lekarska. 1885. № 1. Рефер. въ Хирур. Вѣст. 1885. Мартъ. Также Centralbl. f. Chirurgie. 1875. № 51.

49) **Янишевскій.** Przyczynek do operacyi wysokiego czyli nadlonowego ciecia pecherza moczowego. Medycyna. 1885. №№ 51, 52. Тоже Centralbl. f. Chirurgie. 1886. № 12.

50) **Склифосовскій.** Надлобковое сѣченіе пузыря (sectio alta). Лѣтопись Хирур. Об-ва. 1885. № 6.

51) **Павловъ.** Отчетъ по хирург. дѣятельности въ Александр. и Св. Троицкой общинахъ въ СПБ. Хирур. Вѣст. 1885. Декабрь.

52) **Родзевичъ.** 65 случ. высокаго камнесѣченія въ Россіи. Земская Медиц. 1885.

53) **Ассендельфтъ.** Chirurg. Erfahrungen eines Landarztes. Дис. Дерптъ. 1883.

54) **Родзевичъ.** Еще старые и новые случаи высокаго камнесѣченія въ Россіи. Земская Медиц. 1885.

55) **Кранцфельдъ.** Пузырный швъ; его значеніе при внутрибрюшинныхъ раненіяхъ пузыря и при высокомъ камнесѣченіи. Врачъ. 1885. №№ 23—25.

56) **Введенскій.** О срединной литотоміи по Allarton'у и Dolbeau. Дневникъ 1-го Съѣзда Русскихъ Врачей. Подробная статья въ Хирург. Вѣстн. Мартъ и Апрѣль.

57) **Введенскій.** Къ вопросу о діагностикѣ и оперативномъ леченіи опухолей мочеваго пузыря у мужчинъ. Дневникъ 1-го Съѣзда Русск. Врачей.

58) **Кадіянъ.** О верхней литотоміи у дѣтей до 5-ти лѣт. возраста. Дневникъ 1-го Съѣзда Русскихъ Врачей.

59) **Эберманъ.** Дневникъ 1-го Съѣзда Русскихъ Врачей.

60) **Шмитцъ.** О высокомъ камнесѣченіи у дѣтей. Дневникъ 1-го Съѣзда и Хирур. Вѣстн. 1886. Февраль.

61) **Haüsinger.** Ueber den median. Steinschnitt. Heidelberg. 1878.

62) **Эберманъ.** Объ измѣненномъ методѣ высокаго камнесѣченія. Дневникъ 1-го Съѣзда и Хирур. Вѣст. 1885. Ноябрь.

63) **Синицынъ.** Оцѣнка промежностнаго и высокаго сѣченія при камняхъ мочеваго пузыря. Дневникъ 1-го Съѣзда Русскихъ Врачей.

64) **Монастырскій.** Дневникъ 1-го Съѣзда Русскихъ Врачей.

65) **Акимовъ.** Случай lithotomiae suprapubicae. Русская Медицина. 1886. №№ 27 и 28.

66) **Асмутъ.** Fall von Blasenstein. Petersb. medic· Wochenschr. 1886. № 47.

67) **Васильевъ.** Къ казуистикѣ цистотоміи. Хирург. Вѣст. 1886.

68) **Войно.** Случай высокаго камнесѣченія. Проток. Об-ва Одесскихъ врачей. 1886. № 13.

69) **Миславскій.** 8 случ. высокаго камнесѣченія въ статьѣ **Родзевича** „Каменная болѣзнь на сѣверѣ Россіи“ Хирур. Вѣстн. 1886. Сентябрь и Октябрь.

70) **Пенкинъ.** Случай высокаго камнесѣченія въ земской практикѣ. Врачъ. 1886. № 12.

71) **Подрезъ.** Отчетъ о дѣятельности моей хирургической лечебницы. Хирур. Вѣстн. 1886. Сент. и Октябрь.

72) **Путохинъ.** Случ. высокаго камнесѣченія. Медиц. Обозр. 1886. № 17.

73) **Розенбаумъ**. Годовой отч. по хирург. отд. Михайловской Тифлис. больницы. Медиц. Сборникъ Кавказ. Медиц. Об-ва 1886. № 40.

74) **Соколовъ**. Четыре случая высокаго камнесѣченія. Хирур. Вѣстн. 1886.

75) **Соломка**. О высокомъ камнесѣченіи: двѣ операціи надлобковымъ разрѣзомъ. Медиц. Сборникъ Кавказ. Медиц. Об-ва. 1886. № 42.

76) **Тилингъ**. Ueber eine kleine Modification der. Blasennaht. Petersb. med. Wochenschr. 1886. № 1.

77) **Березкинъ**. 59 случаевъ высокаго камнесѣченія у дѣтей. Труды II-го Съѣзда Русск. Врачей. Т- I.

78) **Никольскій**. Объ операціяхъ камнесѣченія. Труды II-го Съѣзда Русс. Врачей. Томъ I. 1887.

79) **Склифосовскій**. Шовъ мочеваго пузыря при надлобковомъ сѣченіи. Труды II Съѣзда Рус. Врачей. Томъ 1. Врачъ. 1887. № 10.

80) **Ващенко**. Восемь случаевъ высокаго камнесѣченія. Труды II Съѣзда Русск. Врачей. Томъ I.

81) **Bouxeau**. De l'hémorrhagie dans l'operation de la taille. Thèse. Paris. 1881 г.

82) **Грузенбергъ**. Вопросъ о камнесѣченіи на Второмъ Съѣздѣ Русск. Врачей въ Москвѣ. Практич Медицина. 1887. Февраль.

83) **Ассендельфтъ**. Къ статистикѣ высокаго камнесѣченія. Врачъ 1887. №№ 16—23.

84) **Розенталь**. 400 боковыхъ камнесѣченій. Врачъ 1886. №№ 25—32.

85) **Кадіянъ**. Отчетъ о дѣятельности хирургическаго отдѣленія Симбирской земской больницы за 1886 г. Хирургич. Вѣстникъ 1888. Іюль и Авг.

86) **Вдовиковскій**. Антисептика при операціяхъ надъ мочевыми органами. Хирур. Вѣстн. 1887. Іюль и Августъ.

87) **Богдановскій**. Каменная болѣзнь. Спб. 1887.

88) **Bergmann**. Verhandlungen d. deutschen. Gesells. f. Chirur. Berlin. 1886.

89) **Асмутъ**. Petersb. medic. Wochenschr. 1887. № 37.

90) **Богаевскій**. Къ казуистикѣ высокаго камнесѣченія. Три случая sectionis altae. Русская медицина 1887. стр. 339.

91) **Грубертъ**. Zur Casuistik der Blasennaht nach sectio alta. Petersb. medic. Wochenschr. 1887. № 32.

92) **Ивановъ**. Четыре случая высокой литотоміи. Медиц. Обозрѣніе. 1887. № 19.

93) **Пенкинъ**. Шесть случаевъ высокаго камнесѣченія. Медиц. Обозрѣн. 1887. № 1.

94) **Путохинъ**. Еще случай высокаго камнесѣченія. Медицин. Обозрѣніе. 1887. № 1.

95) **Путохинъ**. Къ казуистикѣ высокаго камнесѣченія. Проток.-Засѣданій Об-ва калужскихъ врачей за 2-ю половину 1887 г. Засѣданіе 17-го Октября.

96) **Барциковскій**. Два случая высокаго камнесѣченія (Sectio alta). Русская Медиц. 1888. № 5.

97) **Кѣтлинскій**. Два случая высокаго камнесѣченія. Медиц. Обозрѣніе. 1888. № 20.

98) **Милевскій.** Къ вопросу о мочевыхъ камняхъ у женщинъ. Врачъ. 1888. №№ 19, 10.

99) **Мультановскій.** Случай высокаго камнесѣченія съ крестообразнымъ разрѣзомъ пузыря при громадномъ камнѣ. Врачъ. 1888. № 49.

100) **Русановъ.** Къ статистикѣ высокихъ камнесѣченій. Врачъ. 1888. № 8.

101) **Салищевъ.** Боковое камнесѣченіе въ анатомо-хирургич. отношеніи. Засѣд. Об-ва Рус. Врачей 14 Апрѣля 1888.

101) **Сегаль.** Два случая высокаго камнесѣченія. Медицинск. Обозрѣніе 1888. № 6.

103) **Тернеръ.** Засѣданіе С.-Петерб. Медиц. Об-ва 5 Апрѣля 1888.

104) **Янсенъ.** Casuistisches über Fremdkörper. Protok. der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga. Засѣд. 7 Октября 1887. Рефератъ въ Petersb. medic. Wochenschr. 1888 № 1.

105) **Подрезъ.** Руководство къ оперативной хирургіи проф. *Löbker.*

106) **Flury.** Ein Beitrag z. Geschichte und Statistik des h. Steinschnitts von 1851—1878. Tubingen. 1879.

107) **Schmitz.** Erfahrungen über die Steioperationen an Kindern. Arehir f klin. Chirurgie. Band. XXXIII.

108) **Garcin.** Contribution clin à l'ètude de la cytotomie sus-pubienne avec statistique comprenant les années 1879—1883., Strasbourg. 1884

109) **Tuffier.** De la taille hypogastrique. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1884.

110) **Родзевичъ.** Каменная болѣзнь на сѣверѣ Россіи. Хирург. Вѣстн. Сентябрь и Октябрь 1886.

111) **Якимовъ.** Историческій и критическій обзоръ способовъ камнесѣченія у мужчины. Дис. Москва 1888.

112) **Ящинскій.** Нѣсколько словъ по поводу одного случая lithotomiae altae съ наложеніемъ шва на мочевой пузырь. Хирург. Вѣстн. 1887.

113) **Введенскій.** Къ вопросу о патологіи и леченіи полипозныхъ новообразованій мочеваго пузыря. Хирург. Вѣстн. 1887. Ноябрь и Декабрь.

114) **Garson.** Dislocation der Harnblase und des Peritoneum bei Ausdehnung des Rectum. Ar. f. Anatomie 1878.

115) **Petersen.** Ueber sectio alta. Archiv f. klin. Chirurgie. 1880. Band XXV, Heft 4.

116) **Langenbuch.** Lithotomie und Antiseptik. Archiv f. klin. Chirurgie. 1881. Band XXV, Heft 1.

117) **Bouley.** Etude hystor. expériment. et critique de la taille hypogastrique. 1883. Thèse de Paris.

118) **Duschastelet.** De la cystorraphie hypogastrique. Revue de Chirurgie. 1883. № 2.

119) **Mannheim.** Ueber den hohen Steinschnitt bei Kindern. Inaug. Disser. Berlin. 1884.

120) **Fehleisen.** Ueber die Verschiebung der Harnblase bei der Tamponade des Rectum. Archiv f. klin. Chirurgie. Band XXXII, Heft 3.

121) **Батуевъ.** Анатомическія и хирургическія изслѣдованія мочеваго пузыря и мочеиспускательнаго канала. Дис. 1887. Спб.

122) **Thompson**. Надлобковая операція при открытіи пузыря для извлеченія камня и опухолей. 1886. Перев. д-ра Введенскаго. Москва 1886.

123) **Tillaut**. Руководство къ топографической анатоміи въ примѣненіи къ хирургіи. Спб. 1881.

124) **Günther**. Ueber die sicherste Methode den h. Steinschn. zu machen Journal f. Chirurgie v. F. Walther. 1848. стр. 315 и 337.

125) **Lotzbeck**. Hoher Steinschnitt und Blasennath. Deut. Klinik. 1858. № 15.

126) **Гепнеръ**. Краткое руководство оперативной хирургіи. Вып. II. 1880.

127) **Vincent**. Plaiès pénétrantes intrapéritonéales de la vessie. Revue de chirurgie. 1881.

128) **Iulliard**. Riss der Harnblasse. Blasennaht. Heilung. Archir f. klin. Chirurgie. 1882. Band XXVIII, Heft 2.

129) **Willy Meyer**. Ueber die Nachbehandlung des hohen Steinschnittes. Archiv f. klin. Chirurgie. 1884. Bland XXXI. Heft 3.

130) **Gezav. Antal**. Eine modificirte Sectio alta. Archiv f. klin. Chirurgie. 1885. Band XXXII. Heft 2.

131) **Brenner**. Die Blasennaht. Eine experiment. Studie. Archiv f. klin. Chirurgie. 1887. Band XXXV. Heft I.

132) **Недзведзкій**. Къ вопросу о швѣ пузыря при высокомъ камнесѣченіи его. Хирур. Вѣстн. Май и Іюнь 1888.

133) **Rydygier**. Eine neue Methode der Sectio alta. Wien. med. Wochen. № 15, 16. 17. 1888.

134) **Mikulicz**. XIII Congress der Deutschen Chirurgen.

135) **Smits**. Vergleichende Beurtheilung der verschied. Methoden des Steinschnitts bei Männer. Tübingen. 1888.

136) **Langenbuch**. Die Sectio alta subpubica. 1888. Berlin.

137) **Надеждинъ**. Матеріалы для оцѣнки срединнаго камнесѣченія по Dolbeau-Allarton'у. Хирур. Вѣстн. 1888.



Оглавленіе.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Боковое камнесѣченіе должно быть оставлено вовсе; срединное и высокое камнесѣченія даютъ лучшіе результаты.

2) Оперировать маленькіе камни высокимъ разрѣзомъ, равно большіе срединнымъ, —не слѣдуетъ, хотя бы при этомъ послѣднемъ извлеченію камня и предшествовало дробленіе. Тщательное измѣреніе камня должно лежать въ основѣ выбора метода камнесѣченія, такъ какъ только при немъ возможенъ правильный выборъ.

3) Срединное камнесѣченіе Allarton-Dolbeau допускаетъ предложенное нами усовершенствованіе: въ извѣстныхъ случаяхъ выгода сшиванія раны послѣ такой литотоміи этажнымъ швомъ—сама собой понятна.

4) Надо думать, что современемъ число камнесѣченій уменьшится, такъ какъ litholapaxia, эта идеальная операція, сдѣлается достояніемъ большинства хирурговъ. Пока же она, въ силу различныхъ условій, доступна немногимъ.

5) Установить опредѣленное правило для выбора оперативнаго метода при эмпіемѣ—трудно. Въ военной практикѣ, при условіи ранней операціи, нѣтъ надобности дѣлать резекцію ребра; достаточно широкаго разрѣза. Послѣ перваго тщательнаго промыванія полости плевры слѣдуетъ удерживаться отъ промываній, такъ какъ нерѣдко они вызываютъ повышеніе т-ры, одышку, кашель и безсонницу. Повязка должна быть смѣняема возможно рѣже.

6) Промываніе колѣннаго сустава тѣмъ или другимъ антисептическимъ растворомъ при неподдающихся обыкновенному леченію серозныхъ воспаленіяхъ его (болѣзни весьма частой въ войскахъ), обыкновенно дающее отличный результатъ, можетъ быть возведено въ общій методъ леченія этого процесса лишь

только тогда, когда будетъ достовѣрно выяснено: бываютъ ли послѣ такого леченія возвраты болѣзни, какъ они часты и какъ быстро наступаютъ.

7) Вопросъ о раннихъ резекціяхъ при бугорковомъ пораженіи суставовъ можетъ быть рѣшенъ съ положительностью только тогда, когда защитники консервативнаго метода леченія представятъ достаточно полную и научно разработанную статистику своего матеріала.

8) Всякія резекціи должны дѣлаться подъ Эсмарховымъ бинтомъ. Только на обезкровленной конечности всего скорѣе можно разсчитывать на успѣхъ операціи, такъ какъ при обратномъ условіи легко могутъ быть просмотрѣны небольшія болѣзненныя гнѣзда, которыя дадутъ толчекъ къ рецедиву. Послѣдовательныхъ кровотеченій послѣ Эсмархова бинта бояться нечего.

9) Преподаваніе въ Академіи зубныхъ болѣзней и операцій, массажа, ортопедіи, врачебной гимнастики—должно быть значительно расширено; практическое изученіе этихъ предметовъ—крайне желательно.

10) Первичная повязка на полѣ сраженія дожна быть сухая-антисептическая.

11) Антисептическая повязка должна быть закономъ введена въ военно-лечебныя заведенія, для чего отпускъ нѣкоторыхъ лекарствъ и перевязачнаго матеріала долженъ быть измѣненъ. Перевязывать въ палатахъ должно быть запрещено закономъ. Примѣръ нѣкоторыхъ кавказскихъ лечебныхъ заведеній показываетъ, что устройство, помимо операціонной, особой перевязочной камнаты, а также антисептическая обстановка хирургическихъ отдѣленій, всегда возможны безъ особенно большихъ затратъ.

12) Каталогъ инструментовъ военно-лечебныхъ заведеній долженъ быть значительно дополненъ, такъ какъ они вовсе не имѣютъ многихъ крайне необходимыхъ инструментовъ. Въ военно лечебныя заведенія должны быть разосланы инструменты для пломбированія зубовъ.



Curriculum vitae.

Николай Викторовичъ Соломка, сынъ инженера путей сообщенія, православнаго вѣроисповѣданія, родился 1-го марта 1856 г. въ Екатеринославской губ. По окончаніи курса въ Нижегородской классической гимназіи, поступилъ въ 1875 г. въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Медико-хирургическую Академію, гдѣ окончилъ курсъ въ 1881 г. лекаремъ съ отличіемъ. Во время русско-турецкой войны, будучи студентомъ 2-го курса, выдержалъ въ С.-Петербургской Военно-Фельдшерской школѣ экзаменъ на фельдшера старшаго разряда для военнаго времени и въ качествѣ лекарскаго помощника служилъ въ Летучемъ Санитарномъ Отрядѣ ГОСУДАРЫНИ ИМПЕРАТРИЦЫ, при гвардейскомъ корпусѣ, въ составѣ котораго находился на театрѣ военныхъ дѣйствій. По окончаніи курса наукъ въ Академіи, назначенъ врачемъ для командировокъ VI разряда при Кавказскомъ Округ. Воен. Медиц. Управленіи; вскорѣ зачисленъ въ 153 пѣх. Бакинскій полкъ, а затѣмъ въ штатъ Александропольскаго военнаго госпиталя. Въ 1883 г. переведенъ въ Владикавказскій военный госпиталь. Въ Маѣ 1885 г. назначенъ старшимъ ординаторомъ Закаспійскаго № 1 военно-временнаго госпиталя, въ составѣ котораго, по декабрь того же года, находился въ укрѣпленіи Серахсъ, Закаспійской области. Передъ расформированіемъ госпиталя командированъ въ Тифлисскій военный госпиталь. Въ 1886 и 1887 гг. былъ избранъ сперва вторымъ, а затѣмъ первымъ секретаремъ ИМПЕРАТОРСКАГО Кавказскаго Медицинскаго Общества. Въ 1887 г. командированъ на казенный счетъ въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію для усовершенствованія въ хирургіи; въ теченіи 1887—1888 учебнаго года сдалъ экзаменъ на доктора медицины. Въ декабрѣ 1888 г. назначенъ старшимъ ординаторомъ Сурамскаго военнаго госпиталя.

Кромѣ работы, представленной на соисканіе степени доктора медицины, имѣетъ еще слѣдующія:

1) Случай менингита отъ неизвѣстныхъ причинъ. Проток. Кавк. Медиц. Общества. 1883.

2) Случай злокачественной прогрессивной анэміи. Врачебныя Вѣдомости. 1883.

3) Къ казуистикѣ meningitidis tuberculosae. Прот. Кавк. Медиц. Общества. 1884.

4) Рѣзкое опуханіе ограниченнаго участка грудной стѣнки, соотвѣтственно гангренесцировавшейся части легкаго. Прот. Кавк. Медиц. Общества. 1885.

5) Къ казуистикѣ операцій thoracocentesis. Хирург. Вѣстн. 1885.

6) Къ вопросу объ оперативномъ леченіи эмпіемъ. Медиц. Обозрѣніе. 1885.

7) О высокомъ камнесѣченіи; двѣ операціи надлобковымъ разрѣзомъ. Сбор. Кавк. Медиц. Общества. № 42, 1886.

8) Отчетъ о дѣятельности Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества за 1886—87 гг. Проток. Кавк. Медиц. Общества.

9) Отчетъ по хирургическому отдѣленію Тифлисскаго военнаго госпиталя за 1886 г. Хирург. Вѣстникъ. 1889.

10) Матеріалъ для оцѣнки высокаго камнесѣченія. Анализъ 491 случ. операціи въ Россіи. Дневникъ 3 Съѣзда Русскихъ Врачей. 1889.

11) Возможное усовершенствованіе срединнаго камнесѣченія по Allarton-Dolbeau. Дневникъ 3 Съѣзда Русскихъ Врачей. 1889.

